Mandat SEPA

Mandat de Prélèvement SEPA

Référence unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MAIRIE SERVON SUR VILAINE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAIRIE SERVON SUR VILAINE.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.
Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse

Numéro et nom de la rue

Code postal *Ville*

FRANCE (FR)
Pays + (code pays)

Les coordonnées de votre compte

Numéro d'identification International du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

MAIRIE SERVON SUR VILAINE
Nom du créancier

FR10ZZZ541478
Identifiant du créancier

RUE THEODORE GAUDICHEBP18
Numéro et nom de la rue

3 5 5 3 0
Code postal

SERVON SUR VILAINE
Ville

FRANCE (FR)
Pays + (code pays)

Type de paiement Paiement récurrent ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à

Lieu

2 0 1
Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s) Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.