MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA - OM

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT :

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA : **FR43 ROM 503 539**

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LA COMMUNAUTE DE COMMUNES – 2 RUE JULES VERNE – 85250 SAINT FULGENT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LA COMMUNAUTE DE COMMUNES.

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.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom :..... *Prénom :*	*Nom* : **COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS DE SAINT FULGENT – LES ESSARTS**
Adresse :	*Adresse* : **2 RUE JULES VERNE**
Code postal :	*Code postal* : **85250** *Ville* : **SAINT FULGENT**
Ville :.....	Pays : **FRANCE**
Pays :	

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)
_ _ _