

**Si VOUS SOUHAITEZ ETRE PRELEVE AUTOMATIQUEMENT (UNIQUEMENT POUR UNE PREMIERE DEMANDE ou CHANGEMENT DE RIB)
Fiche à retourner complétée, signée et accompagnée obligatoirement d'un RIB**



Collectivité
COMMUNE DE ST PIERRE DES
NIDS 2.1 RUE DU DOCTEUR
POIRRIER
53370 SAINT PIERRE DES NIDS

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Pour paiement récurrent I répétitif

Reference unique du mandat - RUM

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COMMUNE DE ST PIERRE DES NIDS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions COMMUNE DE ST PIERRE DES NIDS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 5 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, ou au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués `

Votre nom
Nom du débiteur(s)

Votre adresse
Numéro et nom de la rue
Code postal Ville

Les coordonnées de votre compte
Pays
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
***COMMUNE DE ST PIERRE DES NIDS**
Nom du créancier
***FRO9CAN499010**
Identifiant du créancier SERA - ICS
***21 RUE DU DOCTEUR POIRRIER**
Numéro et nom de la rue
***15 13 13 17 10** | ***SAINT PIERRE DES NIDS**
Code postal ville
***FRANCE**
Pays

Signé à
Lieu Date

Signature(s)
Veuillez signer ici

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

Les informations ci-dessous sont relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du débiteur
Indiquez ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
Nom du tiers débiteur. Si votre paiement concerne un accord passé entre COMMUNE DE ST PIERRE DES NIDS et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer Ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
Code identifiant du tiers débiteur

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné
CANTINE ET GARDERIE
N° d'identification du contrat Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à
COMMUNE DE ST PIERRE DES NIDS
: 21 RUE DU DOCTEUR POIRRIER 53370 SAINT PIERRE DES NIDS

7Crie riSer:pe 1 f.,':•1,1;-9