

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

SMICTOM d'Alsace Centrale
2 rue des Vosges
67750 SCHERWILLER

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **Communauté de Communes du PAYS DE BARR** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du **SMICTOM D'ALSACE CENTRALE**.

Nom et prénom du mandataire (propriétaire) :

Date et lieu de naissance : ___ / ___ / ____ à

Demeurant :

Numéro de téléphone : _____ E-mail :

Les adresses concernées par cette demande sont les suivantes :

.....

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Référence Unique Mandat : RUM Cette référence sera attribuée automatiquement lors de la saisie de la demande. Elle apparaîtra sur votre facture.

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter	Identifiant Créancier SEPA :
Nom Prénom : (*).....	FR50ZZZ491773
Adresse : (*).....	Nom : Communauté de Communes du PAYS DE BARR
.....	Adresse : 57 rue de la Kirneck
Code postal : (*).....	Code postal : 67140
Ville : (*).....	Ville : BARR
Pays : FRANCE	Pays : FRANCE

BIC :

IBAN :

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au SMICTOM D'ALSACE CENTRALE

Le : (*)

À : (*).....

Signature : (*)

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.