

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

**MAIRIE DE LE LARDIN SAINT-LAZARE
2 Avenue Georges Haupinot
24570 LE LARDIN SAINT LAZARE**

Date de prélèvement **le 15 du mois**

Type de contrat : **CANTINE SCOLAIRE**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **commune de Le Lardin Saint-Lazare** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **commune de Le Lardin Saint-Lazare**.

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,

Référence Unique Mandat : **RUM** (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent / Répétitif

Titulaire du compte à débiter	Identifiant Créancier SEPA : FR 0 2 Z Z Z 6 7 3 5 4 2
Nom Prénom : (*) _____	Nom : COMMUNE DE LE LARDIN ST LAZARE
Adresse : (*) _____ _____	Adresse : 02 Avenue Georges Haupinot
Code postal : (*) _____	Code postal : 24570
Ville : (*) _____	Ville : LE LARDIN SAINT-LAZARE
Pays : FRANCE	Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat

*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.*

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

**MAIRIE DE LE LARDIN SAINT-LAZARE
2 Avenue Georges Haupinot
24570 LE LARDIN SAINT LAZARE**

Date de prélèvement **le 15 du mois**

Type de contrat : **SURVEILLANCE ET GARDERIE**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **commune de Le Lardin Saint-Lazare** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **commune de Le Lardin Saint-Lazare**.

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,

Référence Unique Mandat : **RUM** (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent / Répétitif

Titulaire du compte à débiter	Identifiant Créancier SEPA : FR 0 2 Z Z Z 6 7 3 5 4 2
Nom Prénom : (*) _____	Nom : COMMUNE DE LE LARDIN ST LAZARE
Adresse : (*) _____	Adresse : 02 Avenue Georges Haupinot
_____	Code postal : 24570
Code postal : (*) _____	Ville : LE LARDIN SAINT-LAZARE
Ville : (*) _____	Pays : FRANCE
Pays : FRANCE	

BIC

IBAN

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat

*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.*

