MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : **FACTURE ACCUEIL DE LOISIRS DES VACANCES - Caulnes**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez DINAN AGGLOMERATION à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de DINAN AGGLOMERATION.
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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 80ZZZ645075

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

DINAN AGGLOMERATION

Nom :

Adresse : 34 Rue Bertrand Robidou

Code postal : 22100

Ville : DINAN

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

DOMICILIATION BANCAIRE

NOM et adresse de la BANQUE =

Type de paiement : Prélèvement répétitif

Signé à :

Le (JJ/MM/AAA) :

Signature :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par DINAN AGGLOMERATION. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec DINAN AGGLOMERATION.