Mandat de prélèvement SEPA

L'adhésion au prélèvement permet de simplifier le paiement, celui-ci se faisant de façon automatique sans risque de retard, le 15 du mois et sans nécessité de déplacement.

INFORMATIONS DEBITEUR

TITULAIRE COMPTE .....

VOTRE ADRESSE .....

.....

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

INFORMATIONS CREANCIER

NOM	**COMMUNAUTE DE COMMUNES BASTIDES DE LOMAGNE**
ICS	FR59ZZZ679791
ADRESSE	ZA Route d'Auch - 32120 MAUVEZIN

PRESTATION(S) FACTUREE(S) (cocher la ou les bonnes cases)

☐ Centres de loisirs (ALAE-ALSH)

☐ Cantines

☐ Ecole de musique

Fait à ……., le ……

Signature(s)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Merci de retourner ce document complété et signé, par mail à compta@ccbl32.fr, accompagné de votre RIB.

A REMPLIR PAR LE CREANCIER

Références mandat : ……