

Collectivité :
S.I.A.2.D.P
33 RUE POINCARE
57590 DELME
Tél : 03.87.01.37.19

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Pour paiement récurrent / répétitif

Référence unique du mandat - RUM

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez S.I.A.2.D.P à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions S.I.A.2.D.P.
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 8 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
* **FRANCE**
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 * **S.I.A.2.D.P**
Nom du créancier
* **FR98ZZZ524665**
Identifiant du créancier SEPA - ICS
* **33 RUE POINCARE**
Numéro et nom de la rue
* **5 7 5 9 0** * **DELME**
Code postal Ville
* **FRANCE**
Pays

Signé à *
Lieu Date **2 0**

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 S.I.A.2.D.P 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 **ASSAINISSEMENT**
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 : S.I.A.2.D.P 33 RUE POINCARE 57590 DELME	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------