

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : FR41RES5566340000000000000003018001

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) RESTAURATION ANNUELLE VILLE DE ST CHAMOND à envoyer des instructions à votre banque pour débitez votre compte, et (B) votre banque à débitez votre compte conformément aux instructions de RESTAURATION ANNUELLE VILLE DE ST CHAMOND.

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

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR41RES556634

DESIGNATION TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **RESTAURATION ANNUELLE VILLE DE ST CHAMOND**

Adresse : **Avenue Antoine Pinay**

CS80148

Code postal : **42400**

Ville : **SAINT-CHAMOND**

Pays : **FRANCE**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

XXXXXXXXXX XX

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

XXXXXXXXXX (XXXX)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :
Le : //

Signature :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ 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 RESTAURATION ANNUELLE VILLE DE ST CHAMOND. 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 RESTAURATION ANNUELLE VILLE DE ST CHAMOND.