POUR L'ANNÉE **2021**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COMMUNAUTE DE COMMUNES ADOUR MADIRAN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de COMMUNAUTE DE COMMUNES ADOUR MADIRAN. 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 reboursement 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 créancier SEPA (ICS)

FR51ZZZ8234A1

Désignation du titulaire du compte à débiter	**Désignation du créancier**
Nom, Prénom Adresse :	COMMUNAUTE DE COMMUNES ADOUR MADIRAN **REGIE DE RECETTE** **SERVICE ORDURES MENAGERES** 21 PLACE DU CORPS FRANC POMMIES 65500 VIC EN BIGORRE

VOTRE NUMERO CODE USAGER **(OBLIGATOIRE):**
(Information présente sur votre facture)

Désignation du compte à débiter

NOM DE LA BANQUE :

ADRESSE :

COMPTE A DEBITER

Identification internationale (IBAN)

Identification internationale de la banque (BIC)

Type de paiement :

Récurrent /répétitif ☐ = MENSUEL (sur 12 mois / le 20 de chaque mois)

Ponctuel ☐ = EN UNE SEULE FOIS (1 mois après la facturation)

Signé à :

Signature :

Le :

Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui même et le cas échéant) :

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 la situation le permet, les prélèvements ordonnés par COMMUNAUTE DE COMMUNES ADOUR MADIRAN. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'éxecution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec COMMUNAUTE DE COMMUNES ADOUR MADIRAN.