## **POUR L'ANNEE 2024**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
Référence unique du mandat : L	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COMMUNAU	
DE COMMUNE ADOUR MADIRAN à envoyer des instructions à vot banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter vot compte conformément aux instructions de la COMMUNAUTE DE COMMUNES ADOUR MADIRAN. Vous bénéficier du droit d'être remboursé par votre banque selon les condition 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 autorissans tarder et au plus tard des 13 mois en cas de prélèvements non autorisé.	sé.
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 FRANCS POMMIES
	65500 VIC EEN BIGORRE
VOTRE NUMERO CODE USAGER (OBLIGATOIRE) (Information présente sur votre facture)	
Désignation du compte à débiter	
NOM DE LA BANQUE : ADRESSE :  COMPTE A DEBITER  IBAN	
Type de paiement : Récurrent /répétitif	MENSUEL (sur 12 mois / le 20 de chaque mois)  EN UNE SEULE FOIS (1mois après la facturation)
Signé à : signature : Le :	
Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui-même est le cas échéant) :	

## Rappel:

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par la COMMUNAUTE DE COMMUNE ADOUR MADIRAN. 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 la COMMUNAUTE DE COMMUNES ADOUR MADIRAN.

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