MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) LA COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION DE LA ROCHELLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LA COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION DE LA ROCHELLE.

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 remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Cadre réservé à Hélo

DESIGNATION DU CREANCIER		IDENTIFIANT CREANCIER SEPA
Nom	CDA DE LA ROCHELLE	FR27ZZZ560475
Adresse	6 RUE SAINT-MICHEL	
Code postal	17000	Référence unique du Mandat
Ville	LA ROCHELLE	
Pays	FRANCE	EAULRFR27ZZZ560475 .....

Cadre à compléter

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
Nom, prénom	Référence PDI .....
Adresse	
.....	
.....	Téléphone .....
Code postal	
Ville	Adresse Mail .....
Pays	

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

| | | |