MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

TYPE DE CONTRAT **: ACCUEIL DE LOISIRS – LE RATZ-HAUT - SARLAT**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **la Communauté de communes Sarlat – Périgord Noir** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de communes Sarlat – Périgord Noir.
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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR30ZZZ674590

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **Communauté de communes Sarlat – Périgord Noir**

Adresse : Place Marc Busson
Code postal : 24200
Ville : SARLAT
Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☒
Paiement ponctuel ☐

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

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

Engagement :

En signant ce mandat :

- *J'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Communauté de communes Sarlat – Périgord Noir. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerais alors le différend directement avec la Communauté de communes Sarlat – Périgord Noir*
- *Je déclare avoir pris connaissance et accepter les termes du **"RÈGLEMENT FINANCIER"** ci-joint (**à conserver**).*

Signé à :

Le :

Signature :

Veuillez compléter tous les cadres rouges