MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
PRESTATIONS DE RESTAURATION SCOLAIRE OU D'ETUDES

Référence Unique du Mandat: (à compléter par nos services)……

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la mairie de Saint André à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mairie de Saint André.
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.

TYPE DE PAIEMENT : RECURRENT

DESIGNATION DU CREANCIER

Mairie de Saint André
Direction des Services à la Population
Service Facturation
89 rue du Général Leclerc
59350 SAINT ANDRE
Tel : 03 20 63 07 44 / 50
Fax : 03 20 63 34 88
E-Mail : facturation@ville-saint-andre.fr
IDENTIFIANT SEPA : FR 33 ZZZ 510315

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

❑ Madame ❑ Mademoiselle ❑ Monsieur
NOM et PRENOM……
ADRESSE :……
……
CODE POSTAL :…… VILLE……
TEL :…… E-MAIL :……

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Nom et Prénom de l'enfant ou des enfant concerné(s) :

……

A …… , le……

Signature obligatoire :

Merci de joindre obligatoirement un RIB au format IBAN BIC

Rappel : En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la mairie de Saint André. 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 Mairie de Saint André.