**Mandat de prélèvement SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **Mairie de SAINT-MARTIN-DES-NOYERS**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Mairie de SAINT-MARTIN-DES-NOYERS**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA :

**Débiteur :**

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

**Créancier :**

Nom **Mairie de SAINT-MARTIN-DES-NOYERS**

Adresse **28, rue de l'Eglise**

Code postal **85140** Ville **SAINT-MARTIN-DES-NOYERS**

Pays **France**

IBAN

BIC

Paiement : [x] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

A :

Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Veuillez compléter tous les champs du mandat.**