

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
RECURRENT**

Référence unique du mandat



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) La Communauté de Communes de la Dombes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de Communes de la Dombes.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

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

NOM/Prénom du débiteur :

Adresse du débiteur :

Code postal/Ville :

Les coordonnées de votre compte : **(à compléter en plus du RIB à joindre OBLIGATOIREMENT)**

Numéro d'identification international du compte bancaire-IBAN

Code international d'indentification de votre banque-BIC

Nom du créancier : COMMUNAUTE DE COMMUNES DE LA DOMBES

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR57ZZZ614643

Adresse du créancier : 100 AVENUE FOCH

Code postal/Ville : 01400 CHATILLON-SUR-CHALARONNE

Pays : France

Fait à

Signature

Le



Champs à compléter obligatoirement