COMMUNAUTE DE COMMUNES SOMME SUD OUEST 16 Bis Route d'Aumale 80290 POIX DE PICARDIE ICS : FR75ZZZ525758	**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA** **(copie à transmettre à votre banque)**	COMMUNAUTÉ DE COMMUNES Somme Sud-Ouest

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Communauté de Communes Somme Sud Ouest à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Communauté de Communes Somme Sud Ouest.
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.

Référence unique du mandat :

☐☐

(zone réservée à TRINOVAL)

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR :

Nom :…… Prénom : ……
Adresse : ……
……
Code Postal : …… Ville : ……

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER :

IBAN – Numéro d'identification international du compte bancaire :

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC – Code international d'identification de votre banque :

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

TYPE DE PAIEMENT :

☐**Paiement récurrent / répétitif** ☐**Paiement ponctuel**

it à : …….
Le : ……

Signature :

Note : Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

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