# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

**VILLE D'ALLEVARD LES BAINS**
**Place de Verdun**
**38580 ALLEVARD LES BAINS**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **Ville d'Allevard Les Bains** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **Ville d'Allevard Les Bains** Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

**Référence Unique Mandat : RUM** (Réservé au créancier)

**Paiement** : Récurrent

**Titulaire du compte à débiter**

Nom Prénom : (*) _____

Adresse :(*) _____

_____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

**Identifiant Créancier SEPA** : F R 0 7 Z Z Z 2 2 2 4 0 2

Nom : V I L L E D ' A L L E V A R D L E S B A I N S

Adresse : Place de Verdun

Code postal : 38580

Ville : ALLEVARD LES BAINS

Pays : FRANCE

BIC | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Le** : | | | | | | | | |

**A** : .....

Signature (*):

*Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.*
*Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*
**mention obligatoire*