Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : **Communauté de Communes des Monts du Lyonnais**
à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte
conformément aux instructions de **Communauté de Communes des Monts du Lyonnais**
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 Abonnement :

Identifiant créancier SEPA : **FR10ZZZ534688**

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

Créancier :

Nom **Communauté de Communes des Monts du Lyonnais**

Adresse **790 allée de Pluvy**

Code postal **69590** Ville **POMEYS**

Pays **France**

IBAN

BIC

Paiement : [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

Nom du tiers débiteur si différent du débiteur lui-même :

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.

Rappel : en signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Communauté de Communes des Monts du Lyonnais

JOINDRE UN RIB