COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS DE REVIGNY

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

TYPE DE CONTRAT : PRELEVEMENT AUTOMATIQUE MENSUEL POUR LES FACTURES DU ***SERVICE INTERCOMMUNAL DE COLLECTE ET TRAITEMENT DES DECHETS MENAGERS***

IDENTIFIANT DU CREANCIER SEPA : **FR60ZZZ512836**

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT **:** .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **la Communauté de Communes du Pays de Revigny** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **la Communauté de Communes du Pays de Revigny**. 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.

Désignation du titulaire du compte à débiter	***Désignation du créancier***
Nom, Prénom :	Communauté de Communes du Pays de Revigny Service des Déchets Ménagers
Adresse :	5Bis, Avenue du XVième Corps
Code postal :	55800
Commune :	REVIGNY-SUR-ORNAIN
Pays :	FRANCE

Désignation du Compte à débiter

Identification Internationale (IBAN)	***Identification Internationale de la Banque (BIC)***
	( )

A :

Le :

Signature :

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

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 du Pays de Revigny. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Communauté de Communes du Pays de Revigny.*