## COMMUNAUTE DE COMMUNES DU PAYS DE REVIGNY MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

TYPE DE CONTRAT : PRELEVEMENT AUTOMATIQUE MENSUEL POUR LES FACTURES DU SERVICE INTERCOMMUNAL D'ADDUCTION D'EAU POTABLE ET D'ASSAINISSEMENT COLLECTIF DES EAUX USEES

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 Eaux et de l'Assainissement Collectif
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 : Signature Le :	

## 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.