

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez la Communauté d'Agglomération d'Épinal à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre Compte conformément aux instructions de la Communauté d'Agglomération d'Épinal. 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
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé

Identifiant créancier SEPA (ICS)

FR43ZZZ508971

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
Nom, prénom :	COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION D'ÉPINAL
Adresse :	POLES EAU/ASSAINISSEMENT
Tél :	Les Forges Hadol
Commune du branchement : (si différente)	5 impasse du Stade 80 Rue du Stade 88390 Uxegney 88220 Hadol Tél : 03 29 34 47 55 03 29 32 53 10

Désignation du compte à débiter	
NOM DE LA BANQUE :	
COMPTE A DEBITER	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>Identification internationale (IBAN)</u>	<u>Identification internationale de la banque (BIC)</u>

Type de paiement :	Récurrent /répétitif (Mensualisation) <input type="checkbox"/>
	Ponctuel (Prélève à échéance) <input type="checkbox"/>

Signé à	Signature :	<input type="text"/>
Le :		

Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant) :

JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Communauté d'Agglomération d'Épinal. 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 Communauté d'Agglomération d'Épinal.