

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA REDEVANCE POUR ENLEVEMENT DES ORDURES MENAGERES

### Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Communauté de communes de la Vallée de Saint-Amarin 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 de la Vallée de Saint-Amarin.

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA  
**FR49ZZZ447559**

| DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE<br>A DEBITER                                                                                      | DESIGNATION DU CREANCIER                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom, prénom :<br>Adresse :<br>Code postal :<br>Ville :<br>Pays :                                                                     | Nom : COMMUNAUTE DE COMMUNES DE LA<br>VALLEE DE ST AMARIN<br>Adresse : 70 RUE CHARLES DE GAULLE<br>Code postal : 68550<br>Ville : SAINT-AMARIN<br>Pays : France |
| DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER                                                                                                      |                                                                                                                                                                 |
| <u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u><br><br>_____<br><br><u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u><br><br>_____ |                                                                                                                                                                 |

Type de paiement : ☐ en X fois selon échéancier

☐ à échéance semestrielle

Signé à .

Signature :

Le :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

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

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 de la Vallée de Saint-Amarin. 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 de la Vallée de Saint-Amarin.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.