



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Mairie de Sainte-Cécile
à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte
conformément aux instructions de la Mairie de Sainte-Cécile
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 unique du mandat : _____ Identifiant créancier : _____

Débiteur : _____ **Créancier :** _____
Votre Nom _____ Nom Mairie de Sainte-Cécile
Votre Adresse _____ Adresse 1 Place de la Mairie
Code postal _____ Ville _____ Code postal 85110 Ville SAINTE-CECILE
Pays _____ Pays FRANCE

IBAN

BIC

A : _____ Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel
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.