

**Sivom Enfance Jeunesse de l'Estuaire**

1 allée des Soupirs

17120 COZES

Tél. : 05 46 90 68 72

Email : contact@sivomestuaire.fr**MANDAT de Prélèvement SEPA
1225-AL000290**

Référence Unique de Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Sivom Enfance Jeunesse de l'Estuaire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Syndicat Enfance Jeunesse Intercommunal.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veuillez compléter les champs marqués *

Vous, le débiteur,

Votre nom *

Votre adresse *
.....

Code Postal Ville

Pays

Coordonnées bancaires * I.B.A.N.

Numéro d'Identification Internationale du compte bancaire (IBAN International Bank Account Number)

B.I.C.

Code international d'identification de votre banque (BIC Bank Identifier Code)

Le créancier,

Nom du créancier * SIVOM ENFANCE JEUNESSE DE L'ESTUAIRE

Adresse créancier * 1, allée des soupirs

Code Postal 17 120 Ville COZES

Pays FRANCE

I.C.S. * FR47ZZZ85789B

Type de paiement * ☒ Récurrent / Répétitif ☐ Ponctuel

Signé à *, le

Signatures *

Veuillez signer dans le cadre ci-contre

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Code Identifiant débiteur

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte

duquel le paiement doit être effectué
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre le Sivom Enfance Jeunesse de l'Estuaire et un tiers (par exemple, vous payez la facture pour une autre personne), veuillez indiquer ici son nom**A Renseigner uniquement si différent du débiteur lui-même**

Code identifiant du Tiers débiteur

SERVICE DE GESTION COMPTABLE ROYAN

Tiers créancier
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter la section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers

Code Identifiant du tiers créancier

Contrat concerné
Numéro d'identification du contrat

Description du contrat

A retourner àJours et horaires de contact :
Nom du gestionnaire SEPA :
Téléphone :**Zone réservée à l'usage exclusif du créancier**