PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

NOM ET PRENOM DES ENFANTS :

……

……

……

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

CE DOCUMENT EST A COMPLETER ET A RENVOYER DATE ET SIGNE, ACCOMPAGNE D'UN RIB COMPORTANT LES MENTIONS BIC – IBAN A L'ADRESSE SUIVANTE :

Mairie de BLAIN
2 rue Charles de Gaulle CS 90001
44130 BLAIN

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Trésorerie de Nort sur Erdre **à** envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Trésorerie de Nort sur Erdre .
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,*

Paiement : ☐ Récurrent/répétitif ☐ ponctuel

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse :(*) _____

_____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : F R 0 2 Z Z Z 5 9 9 4 3 4

Nom : **CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES**
TRESORERIE DE NORT SUR ERDRE
Adresse : 1 rue de la Fraternité – CS39002
Code postal : 44390
Ville : NORT SUR ERDRE CEDEX
Pays : France

BIC | | | | | | | | | | | |

IBAN | | | | | | | | | | |