

MANDAT PRELEVEMENT SEPA

Type de contrat : TRANSPORTS SCOLAIRES

Nom (s) et Prénom (s) de (s) l'élève (s) :

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

REDON AGGLOMERATION
3, Rue Charles SILLARD
35600 REDON

Intitulé de compte :

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

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent /répétitif

Ponctuel

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : FR06TRP546788

Nom : REDON AGGLOMERATION

Adresse : 3, Rue Charles Sillard

Code postal : 35600

Ville : REDON

Pays : FRANCE

Poste Comptable : Trésorerie Municipale de Redon
1 Rue des Ecoles 35600 REDON

BIC

IBAN

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :