

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : (cadre réservé à l'Etablissement – ne pas renseigner)

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

Identifiant créancier SEPA (ICS) : **FR85ZZZ82294F**

Désignation du Titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
Nom, Prénom :	 ZI Lamothe - CS 40509 32021 Auch Cedex 09
Adresse :	
.....	
Code postal : Ville :	
Adresse du compteur (si différente de l'adresse ci-dessus) :	
Adresse :	
.....	
Code postal : Ville :	
N° compteur :	

Désignation du Compte à débiter

Nom de la Banque :	
Adresse :	
Code postal : Ville :	
<u>Identification internationale (IBAN)</u> / / / / / /	<u>Identification internationale de la banque (BIC)</u>

TYPE DE PAIEMENT (cocher la case ci-dessous)

Prélèvement semestriel récurrent sur facture : ☐

Signé à : Le :	Signature :
Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui même et le cas échéant) :	

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

Rappel : En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par le Syndicat Mixte TRIGONE.

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 le Syndicat Mixte TRIGONE.

POUR VOUS JOINDRE, MERCI DE NOUS COMMUNIQUER VOS DERNIÈRES COORDONNÉES :

Tél :

@ :