

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

Référence unique du Mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le service Portage de Repas CCGM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du service Portage de Repas de La Communauté de Communes de Gally-Mauldre

**IDENTIFIANT CREANCIER SEPA**

**FR67ZZZ85E7F0**

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.

**TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER**

**CREANCIER**

Nom - Prénom :

Nom : **Service Maintien à Domicile Personnes Agées Portage de repas**

Adresse :

Adresse : **8 Rue Degly Maillot**

Code Postal :

Code Postal : **78124**

Ville :

Ville : **Mareil-Sur-Mauldre**

Pays :

Pays : **France**

**DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER**

Identification internationale (IBAN) :

Identification internationale de la banque (BIC) :

Type de paiement : Paiement récurrent

Signature

Signé à :

Le :

**DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT)**

Nom du débiteur :

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

**Rappel :**

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le service Portage de Repas CCGM, En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec le service Portage de Repas CCGM basé à Mareil-Sur-Mauldre,