



## **MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **COMMUNE DE CRÉHEN – TRÉSOR PUBLIC DE DINAN** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque conformément aux instructions de la **COMMUNE DE CRÉHEN – TRÉSOR PUBLIC DE DINAN**.

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.

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Coordonnées de votre compte :

IBAN :

.....

BIC :

.....

Nom du créancier : **COMMUNE DE CRÉHEN – TRÉSOR PUBLIC DE DINAN**

22, Rue Lord Kitchener

CS 71018

22101 DINAN CEDEX

A Créhen, le .....

Signature :