

[illegible]

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

TITUL AIRE COMPTÉ

VOTRE ADRESSE

IBAN

BIC

DOMICILATION

INFORMATION CREANCIER

NOM

ICS

ADRESSE

Fait le

Signature(s)

A

A retourner à

Mairie de Brax. 2 Rue du Levant - 47310 BRAX

ou

alsh@brax47.fr ; comptabilite@brax47.fr

MERCI DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE