

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la DGFIP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la DGFIP.

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 votre compte pour un prélèvement autorisé,
- ✓ sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom /
Raison sociale

*
Nom / Prénom du débiteur

1

Votre adresse

*
*
*
*

2

2

2

2

Les coordonnées
de votre compte

*
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

*
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Merci de joindre un RIB au format IBAN à cette demande

Nom du créancier

* **COMMUNE DE CASTELLARE DI CASINCA**
Nom du créancier

1

* **FR73ZZZ666541**
Identification du créancier ICS

2

Adresse

* **Place Sainte Marguerite**
* **20213 CASTELLARE DI CASINCA**
* **FRANCE**
Pays

2

2

2

Type de paiement

* Paiement récurrent

Objet du Mandat

* **CRÉANCES DES COLLECTIVITÉS LOCALES**

Signé à

*
Lieu Date (JJ MM AAAA)

Signature(s)

* Veuillez signer ci-dessous :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A retourner à : **Centre des Finances Publiques**
Trésorerie de Casinca-Castagniccia
Résidence Mattea
20213 FOLELLI

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères

JOINDRE UN RIB AU FORMAT IBAN