	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
Référence unique du mandat :		
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez COMMUNE DE SAINT HIPPOLYTE à envoy des instructions à votre banque pour débiter, votre compte, et votre banque à débiter votre compte		iter votre compte
conformément aux instructions de COMMUNE DE SAINT HIPPOLYTE. 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 reboursement 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 n	poit de votre compte pour un preievem nois en cas de prélèvement non autoris	ent autorise. é.
Désignation du titulaire du compte à débiter		Désignation du créancier
Nom, prénom :		COMMUNE DE SAINT HIPPOLYTE
Adresse :		Place de Verdun 17430 SAINT HIPPOLYTE
Désignation du compte à débiter		
NOM DE LA BANQUE :		
ADRESSE:		
COMPTE A DEBITER		
Identification internationale (IBAN)  Identification internationale de la banque (BIC)		
Type de paiement :	Récurrent /répétitif	
*	Ponctuel	
Signé à :	Signature :	
_e :		
Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui même et le cas échéant) :		
IONIDDE.	L	

## JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE 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 COMMUNE DE SAINT HIPPOLYTE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'éxecution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec COMMUNE DE SAINT HIPPOLYTE.

Ne pas tenir compte de cet imprimé si des prélèvements automatiques pour la cantine ont été effectués sur la cantine de juillet.

Merci