

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez (A) **THEZA** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

THEZA

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 initial.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR24ZZZ652679

DESIGNATION DU TITULAIRE DE COMPTE A DEBITER

NOM :

DESIGNATION DU CREANCIER

MAIRIE DE THEZA
Place de la Promenade
6200 THEZA

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Identification internationale de la banque :
IBAN :

Signé le :
A THEZA

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE

ADRESSE

Signature du titulaire du compte à débiter

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

DESIGNATION DU BENEFICIAIRE DU SERVICE RESTAURANT SCOLAIRE

Restauration scolaire Maternelle Primaire
Nom et prénom de l'enfant :

Nom du responsable :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par

THEZA

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma Banque. Je réglerai le différend directement avec

THEZA

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.

Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.