

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Commune de Sulniac à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Commune de Sulniac.

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

**FR74 3000 1008 59E5 6000
0000 059**

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

Code postal :
Ville :
Pays : FRANCE

DESIGNATION DU CREANCIER

Commune de SULNIAC
2 rue René Cassin
56250 SULNIAC
FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Le :
À :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

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

Rappel :

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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées 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.

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par la Commune de Sulniac. Elles seront conservées pendant 10 ans avant élimination. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) UE/2016/679 du 27 avril 2016, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en vous adressant à Mairie de Sulniac, 2 rue René Cassin, 56250 Sulniac.

Formulaire de consentement de consultation du CDAP (pour les allocataires de la CAF)

L'application Internet « CDAP » (Consultation des Dossiers Allocataires par les Partenaires) permet aux partenaires la consultation directe du Quotient Familial à partir du numéro d'allocataire.

Je soussigné(e),

Mme M. :

Représentant légal de :

Autorise les services de la commune de Sulniac à consulter le service CDAP afin de consulter mon Quotient Familial via mon numéro d'allocataire CAF.

Numéro d'allocataire CAF :

Fait à :

le :

Signature du représentant légal précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire 2025/2026

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, nous vous rappelons que l'informatique est au service de chaque citoyen et que chacun a le droit de décider et de contrôler l'usage qui est fait de ses données personnelles. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à : Mairie de Sulniac, 2 rue René Cassin, 56250 SULNIAC.