



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) OMAP (Office Municipal d'Animation et de Promotion)



à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OMAP (office Municipal d'Animation et de Promotion)

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.

Référence unique du mandat : _____ Identifiant créancier SEPA : FR30ZZZ579821

Débiteur : _____

Créancier :

Votre Nom _____

Nom OMAP

Votre Adresse _____

Adresse 1 rue Joffre

Code postal _____ Ville _____

Code postal 57185 Ville CLOUANGE

Pays _____

Pays FRANCE

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Tiers débiteur _____

Le :

A : _____

Signature :

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.

Les informations contenues dans le présent mandat 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'oppositions, d'accès et de rectification 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.

+ RIB à fournir