



Grand-Duché de Luxembourg

Administration Communale de LAROCLETTE

Siège : - Adresse postale :33, chemin J.A.Zinnen L-7626 LAROCLETTE

Tél :83 70 38- 1 – Fax 879646 – Tva : LU10427859

Mandat de domiciliation SEPA – N° _____

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

Note: Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Note : Vous n'êtes pas en droit de demander à votre banque le remboursement d'une domiciliation SEPA inter-entreprises une fois que le montant est débité de votre compte. Vous pouvez cependant demander à votre banque de ne pas débiter votre compte jusqu'au jour de l'échéance.

Je soussigné(e)

Nom / Prénom débiteur _____
Adresse débiteur _____
Pays résidence débiteur _____
Contact débiteur _____
(numéro de téléphone, e-mail)

donne à

Nom créancier **Administration communale de LAROCLETTE**
Identifiant créancier LU51ZZZ000000009399002108
Adresse créancier 33, chemin J.A.Zinnen L-7626 LAROCLETTE
Pays du créancier Luxembourg

l'autorisation de faire encaisser mes factures sur mon compte auprès de l'institut financier désigné

ci-dessous.

N° IBAN du compte du débiteur _____
Code BIC du compte du débiteur _____
Type de paiement Paiement récurrent/ répétitif
Type Mandat CORE
CORE = client privé / B2B = client professionnel

Signé à,

_____, le _____
Lieu Date

Signature débiteur _____