

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.

Je soussigné(e), le débiteur

Nom / Prénom*

Adresse*

Pays résidence*

Contact

(numéro de téléphone, e-mail)

donne au créancier

Nom

Administration Communale de WALFERDANGE

Identifiant

LU46ZZZ0000000009399002004

Adresse

Place de la Mairie

Walferdange

Pays

Luxembourg

l'autorisation de faire encaisser mes factures sur mon compte auprès de l'institut financier désigné ci-dessous.

Compte débiteur

N° IBAN *

Code BIC *

Type de paiement

Paiement récurrent/ répétitif

Type Mandat

(CORE = client privé / B2B = client pro.)

CORE

Signé à

Le

Le débiteur

* Ces informations doivent être fournies pour permettre le traitement de votre demande de domiciliation