N° Rum :	/2526	NOM :	
N°tiers	N° Mandat	PRENOM:	
Si mineur, nom et prénom du responsable légal :			

## NE RIEN INSCRIRE dans les cases grisés - réservé au CMCS

<b>ECHEANCIER</b>	activité n°1	activité n°2	activité n°3	
				TOTAL/mois
Prélèvement 1 (11/2025)	€	$\epsilon$	€	€
Prélèvement 2 (12/2025)	€	€	€	€
Prélèvement 3 (01/2026)	€	€	€	€
Prélèvement 4 (02/2026)	€	€	€	€
Prélèvement 5 (03/2026)	€	€	€	€
Prélèvement 6 (04/2026)	€	€	€	€
Prélèvement 7 (05/2026)	€	€	€	€
Prélèvement 8 (06/2026)	€	€	€	€
			TOTAL /an	€

- O J'accepte les conditions et montants des prélèvements de mon abonnement annuel du CMCS ci-dessus.
- o Je note que les prélèvements s'effectueront entre le 1<sup>er</sup> et le 5 de chaque mois.
- O Je souhaite que les prélèvements soient prélevés sur le compte bancaire référencé sur le mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé par mes soins (RIB joint).
- <u>o En cas d'arrêt à une activité, un courrier est obligatoire (accompagné d'un RIB et de tout aurte justificatif par voie postale ou électronique au CMCS) 15 jours ouvrables avant la date du prélèvement suivant.</u>
  Le CMCS se réserve le droit de refuser le motif de l'arrêt.

Date

Signature (lu et approuvé)

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : RUM /2526

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA: FR 84 SPO 006937

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MAIRIE DE SOULAC SUR MER à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MAIRIE DE SOULAC SUR MER

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.

## Type de contrat : ABONNEMENT ANNUEL CMCS PAR PRELEVEMENT

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER	DÉSIGNATION DU CRÉANCIER					
Nom, prénom :						
Adresse:	Mairie de Soulac-sur-mer Régie CMCS					
Code postal :	2 rue Hôtel de Ville 33780 Soulac-sur-mer					
Ville:	FRANCE					
Pays :						
Désignation du compte à débiter						
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)						
IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)  ( )						
<u>Type de paiement</u> : Paiement récurrent/répétitif <b>Y</b>						
DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT ) :						
Nom du tiers débiteur :(si enfant mineur)						
Signé à : Signature ( Le (JJ/MM/AAAA) :	Signature (lu et approuvé):					

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

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la MAIRIE DE SOULAC SUR MER. 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 régie du CMCS. Dans le cas d'un rejet de prélèvement, le mandat sera annulé. Le solde de l'abonnement sera dû dans son intégralité sans délai ainsi que le montant rejeté. L'adhérent ne pourra pas pratiquer son activité.

J'accepte les conditions et montants des prélèvements de mon abonnement annuel du CMCS ci-dessus. Je note que les prélèvements s'effectueront entre le 1<sup>er</sup> et le 5 de chaque mois. Je souhaite que les prélèvements soient prélevés sur le compte bancaire référencé sur le mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé par mes soins (RIB joint).

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.