

N° Rum : /2627	NOM :
	PRÉNOM :
Si mineur, nom et prénom du responsable légal :	

NE RIEN INSCRIRE dans les cases grisées - réservé au CMCS

<u>ÉCHEANCIER</u>	Activité n°1	Activité n°2	Activité n°3	
	*	*	*	TOTAL/mois
Prélèvement 1 (10/2026)	€	€	€	€
Prélèvement 2 (11/2026)	€	€	€	€
Prélèvement 3 (12/2026)	€	€	€	€
Prélèvement 4 (01/2027)	€	€	€	€
Prélèvement 5 (02/2027)	€	€	€	€
Prélèvement 6 (03/2027)	€	€	€	€
Prélèvement 7 (04/2027)	€	€	€	€
Prélèvement 8 (05/2027)	€	€	€	€
Prélèvement 9 (06/2027)	€	€	€	€
			TOTAL /an	€

* mention obligatoire

- J'accepte les conditions et montants des prélèvements de mon abonnement annuel du CMCS ci-dessus.
- Je note que les prélèvements s'effectueront entre 1^{er} 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).
- En cas d'arrêt à une activité, un courrier est obligatoire (accompagné d'un RIB et de tout autre justificatif par voie Postale ou électronique au CMCS) 15 jours ouvrables avant la date du prélèvement suivant.
Le CMCS se réserve le droit de refuser le motif d'arrêt.

Date :

Signature et mention « lu et approuvé »

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : RUM

/2627

IDENTIFIANT CRÉANCIER 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 PRÉLÈVEMENT

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER	DÉSIGNATION DU CRÉANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Mairie de Soulac-sur-Mer Régie CMCS 2 rue Hôtel de Ville 33780 Soulac-sur-Mer FRANCE

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER	
<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)</u>	
<u>IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)</u>	

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITUEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

Nom du tiers débiteur : (si enfant mineur)

Signé à :

Signature (lu et approuvé) :

Le (JJ/MM/AAAA)

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 le CMCS.

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.

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^{er} 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).

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.