

**MANDAT PRELEVEMENT SEPA**

Type de contrat : TRANSPORTS SCOLAIRES

Nom (s) et Prénom (s) de (s) l'élève (s) : .....

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

**REDON AGGLOMERATION**  
**3, Rue Charles SILLARD**  
**35600 REDON**

Intitulé de compte :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Redon Agglomération à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Redon Agglomération.  
*Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent /répétitif

Ponctuel

**Titulaire du compte à débiter**

Nom Prénom : (\*) \_\_\_\_\_

Adresse : (\*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : (\*) \_\_\_\_\_

Ville : (\*) \_\_\_\_\_

Pays : FRANCE

**Identifiant Créancier SEPA : FR06TRP546788**

Nom : REDON AGGLOMERATION

Adresse : 3, Rue Charles Sillard

Code postal : 35600

Ville : REDON

Pays : FRANCE

Poste Comptable : Trésorerie Municipale de Redon  
1 Rue des Ecoles 35600 REDON

BIC

IBAN

**Veillez compléter tous les champs (\*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier**

Le (\*) :

A (\*) : .....

Signature (\*) :