

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
Référence unique du mandat :

TYPE DE CONTRAT :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **PORT DE CAPBRETON** (Communauté de Communes MACS) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **PORT DE CAPBRETON** (Communauté de Communes MACS).

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Identifiant créancier
SEPA
FR26POR598323

| DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER |
|--|
| NOM, Prénom : |
| Adresse : |
| Code postal : |
| Ville : |
| Pays : |

| DESIGNATION DU CREANCIER |
|---|
| NOM : PORT DE CAPBRETON |
| Communauté de Communes MACS |
| Adresse : BP 49 – Môle Emile BIASINI |
| Code postal : 40130 |
| Ville : CAPBRETON |
| Pays : FRANCE |

| DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| |
|--|
| Type de paiement : paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> (à cocher) |
|--|

Fait à, le Signature :

| DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant) |
|---|
| NOM, Prénom du tiers débiteur : |

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

En signant, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par **PORT DE CAPBRETON** (Communauté de Communes MACS). 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 **PORT DE CAPBRETON** (Communauté de Communes MACS).

*« Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées que pour la gestion de sa relation avec son client.
La base juridique de traitement de données personnelles est votre consentement ou notre intérêt légitime en tant que prestataire de services liés à la plaisance. Conformément à la loi européenne RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification de vos données personnelles ainsi que du droit d'opposition, d'effacement et de limitation au traitement de vos données personnelles pour motifs légitimes. Vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dpd@cc-macs.org. En cas de non réponse sous 30 jours, vous êtes en droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. »*