## **AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le SIEGA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SIEGA.

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.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

N° ICS FR30ZZZ511339

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR		NOM ET ADRESSE DE VOTRE AGENCE BANCAIRE
Nom: Adresse:		:sse:
Code postal : Ville:	Code	postal : Ville:
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER		NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER  IBAN (Joindre un RIB):		NOM ET ADRESSE DU CREANCIER  SYNDICAT INTERDEPARTEMENTAL MIXTE DES EAUX ET D'ASSAINISSEMENT DU GUIERS ET DE L'AINAN 27 AVENUE PRAVAZ 38480 PONT DE BEAUVOISIN