



Mandat de domiciliation SEPA - N°

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

Note: Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Je soussigné(e), le débiteur

Nom / Prénom*	<input type="text"/>
Adresse*	<input type="text"/>
Pays résidence*	<input type="text"/>
Contact (numéro de téléphone, e-mail)	<input type="text"/>

donne au créancier

Nom	Administration Communale de USELDANGE
Identifiant	LU57ZZZ0000000009399002097
Adresse	2, rue de l'Eglise L-8706 Useldange
Pays	Luxembourg

l'autorisation de faire encaisser mes factures sur mon compte auprès de l'institut financier désigné ci-dessous.

Compte débiteur

N° IBAN *	<input type="text"/>		
Code BIC *	<input type="text"/>		
Type de paiement	Paiement récurrent/ répétitif		
Type Mandat (CORE = client privé / B2B = client pro.)	<input type="text"/>		
Signé à	<input type="text"/>	Le	<input type="text"/>

Le débiteur

* Ces informations doivent être fournies pour permettre le traitement de votre demande de domiciliation