



Grand-Duché de Luxembourg

## Administration Communale de USELDANGE

Siège: 2, rue de l'Eglise, L-8706 Useldange - Adresse postale:  
Tél: 23 63 00 51-1 - Fax: 23 63 82 27 - Tva: LU10990478

# 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\*

Adresse\*

Pays résidence\*

Contact

(numéro de téléphone, e-mail)

### 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 \*

Code BIC \*

Type de paiement

Paiement récurrent/ répétitif

Type Mandat

(CORE = client privé / B2B = client pro.)

Signé à

Le

Le débiteur

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