



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" value="Luxembourg"/>
Contact (numéro de téléphone, e-mail)	<input type="text"/>

donne au créancier

Nom	Administration Communale de FISCHBACH
Identifiant	LU52ZZZ000000009399002090
Adresse	1, rue de l'Eglise L - 7430 FISCHBACH
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" value="CORE"/>		
Signé à	<input type="text" value="Fischbach"/>	Le	<input type="text"/>

Le débiteur

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

En application de l'article 26 de la loi du 2 août 2002 réglementant l'utilisation des données nominatives dans les traitements informatiques, l'intéressé(e) est informé(e) qu'en cas d'une gestion rationnelle, ses données seront enregistrées sur support informatique.