



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 WALFERDANGE
Identifiant	LU46ZZZ000000009399002004
Adresse	Place de la Mairie Walferdange
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"/>	Le	<input type="text"/>

Le débiteur

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