



## 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 WALFERDANGE**

Identifiant **LU46ZZZ0000000009399002004**

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 \*

Code BIC \*

Type de paiement **Paiement récurrent/ répétitif**

Type Mandat **CORE**  
(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