



# MANDAT SEPA

## R.U.M

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Régie de recettes du golf Ouest Provence Miramas à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Régie de recettes du golf Ouest Provence Miramas.*

Votre nom

---

**Nom/Prénoms du débiteur**

## Votre adresse

---

Numéro et nom de rue

\* Code postal.....\* Ville.....

\*Pays.....

## Vos Coordonnées bancaires

IBAN

[illegible]

**BIC**

**Nom du Créancier**

**\*Régie de Recettes du Golf Ouest Provence Miramas**

FR24ZZZ586622

## Mas de combe

**13140 MIRAMAS, France**

### Type de paiement

**\*Récurrent/répétitif**

Fait à

..... le .....

Signature

\_\_\_\_\_

*Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.*