

Cadre réservé à l'administration

**RUM**

## **RAISON SOCIALE ou NOM DU DEBITEUR**

NOM, PRENOM :

ADRESSE :

Code Postal :

Commune :

Pays :

## **Coordonnées du compte à débiter (joindre un RIB)**

IBAN :

BIC :

Date :

Signature

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque, pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.*

*Vous bénéficiez d'un droit à remboursement 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

*Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

## **CREANCIER :**

Nom : Communauté d'Agglomération du Bassin de  
Bourg-en-Bresse

Identifiant créancier SEPA : FR48CRD559321

Adresse : 3, Avenue Arsène d'Arsonval  
CS 88000  
01008 – BOURG EN BRESSE Cedex

**A retourner, accompagné de votre RIB à :**

Conservatoire à Rayonnement Départemental  
11 rue du Palais  
01000 – BOURG-EN-BRESSE