

Adresse de livraison :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

CP et Commune : _____ Téléphone : _____

Email (en majuscule) _____

Adresse de facturation (si différente de la livraison) :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

CP et Commune : _____ Téléphone : _____

Email (en majuscule) _____

Contact en cas d'urgence :

Nom _____ Téléphone (portable de préférence) _____

(lien de parenté FILLE FILS voisin autre _____)

MOIS de _____ 20__ - semaine du _____ au _____

<i>Jour de la semaine</i>	<i>Nombre de repas</i>	<i>Régime :</i> sans sel <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/>
Lundi		Allergies à signaler : Autre information à signaler :
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Samedi		
Dimanche		

à remettre au personnel de livraison, avant la 1^{ère} livraison ou par email portagerepas@cc-sereinarmance.fr

Le _____ A _____

Signature du Bénéficiaire

En vertu du RGPD, en signant ce document, vous autorisez la communauté de communes à exploiter vos données personnelles. Vos données personnelles seront transmises au Trésor Public dans le cadre de la facturation et à notre prestataire en cas de nécessité de service.

Type de contrat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Communauté de Communes SEREIN et ARMANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de Communes SEREIN et ARMANCE.

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.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Désignation du créancier

Nom :
prénom :
Adresse :

Code postal :
Ville :
Pays :

Nom : ComCom Serein et Armance
Adresse : 37 avenue du Général Leclerc
Code postal : 89600 ST FLORENTIN
Ville :
Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)**identification internationale de la banque (BIC)**

F	R																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif
Paiement ponctuel

Signé à :**Le (JJ/MM/AAAA) :****Signature :**

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)**Rappel :**

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Communauté de Communes SEREIN et ARMANCE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Communauté de Communes SEREIN et ARMANCE.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.