

RUM :
Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la DGFP à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions de la DGFP.
 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 votre compte pour un prélèvement autorisé,
 ✓ sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom / 1
 Raison sociale Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse 2
 2
 2
 2

Les coordonnées de votre compte
 * Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)
 Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)
 Merci de joindre un RIB au format IBAN à cette demande

Nom du créancier * **TRES. CASINCA-CASTAGNICCIA** 1
 Nom du créancier
 * **FR46ZZZ005002** 2
 Identification du créancier ICS
 Adresse * **Résidence MATTEA** 2
 * **20213 FOLELLI** 2
 * **FRANCE** 2
 Pays

Type de paiement * Paiement répétitif
 Objet du Mandat * **Créances des collectivités locales**
 Signé à
 * Lieu
 Signature(s) * Veuillez signer ci-dessous :
 Date (JJ MM AAAA)

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

A retourner à : Centre des Finances Publiques Casinca Castagniccia Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

RESIDENCE MATTEA
20213 FOLELLI

1. Le longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
 2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères