

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Référence Unique du Mandat | MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA 942SIVOS- | |
|----------------------------------|---|--|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SYNDICAT DES ECOLES DE GARLIN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT DES ECOLES DE GARLIN.

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.

Veillez compléter les champs marqués *

Votre nom * _____
Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse * _____
Numéro et nom de rue

Code postal Ville
 FRANCE
Pays

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)

Nom du créancier * _____
Nom du créancier

I.C.S. * _____
Identifiant créancier SEPA

Adresse du
 créancier * _____
Numéro et nom de la rue
 3 Place de la Liberté
 64330 GARLIN
Code postal Ville
 FRANCE
Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à * _____ Date : JJ/MM/AAAA
Lieu

Signature * _____
 Veuillez signer ici

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

CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Syndicat des écoles de la région de Garlin

Entre.....

adresse.....

bénéficiaire (ci-après dénommé le redevable) du / des service(s),

Et le **Syndicat des écoles de la région de Garlin** représenté par sa Présidente, Michèle PLANTE, agissant en vertu d'une délibération en date du 19 septembre 2016-13 portant règlement des factures concernant le / les enfant(s) :

-

Pour les services suivants (veuillez cocher les cases souhaitées) :

Restauration

Périscolaire - garderie

Accueil de loisirs : mercredi et vacances

Espace Jeunes : périscolaire (soirs et mercredis) et extrascolaire (vacances scolaires)

Il est convenu ce qui suit :

1 – DISPOSITIONS GENERALES

Les bénéficiaires du service peuvent régler leur facture :

* en numéraire auprès du Trésor public

* par chèque bancaire libellé à l'ordre du Trésor Public, accompagné du talon détachable de la facture à envoyer à la trésorerie (sans le coller ni l'agrafer)

* par carte bancaire sur Internet, en se connectant à www.tipi.budget.gouv.fr Il suffit de communiquer les informations situées en bas de leur facture : l'identifiant de la collectivité et la référence facture.

* par prélèvement automatique pour les redevables ayant souscrit au présent contrat.

2 – AVIS PRELEVEMENT

Le redevable optant pour le prélèvement automatique recevra le 10 du mois M+1, une facture indiquant le montant des sommes dues au titre du service du mois M. Les sommes correspondantes seront prélevées sur le compte du redevable le 10 du mois M+2 (ou le premier jour ouvré suivant).

3 – CHANGEMENT DE COMPTE BANCAIRE

Le redevable qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de banque postale doit se procurer un nouvel imprimé de demande d'autorisation de prélèvement ainsi qu'un nouveau mandat de prélèvement à l'accueil du Syndicat des écoles de la région de Garlin. Il suffit de les remplir et de les retourner accompagnés du nouveau relevé d'identité bancaire ou postal.

Si l'envoi a lieu avant le 15 du mois, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant.

Dans le cas contraire, la modification interviendra un mois plus tard.

4 – CHANGEMENT D’ADRESSE

Le redevable qui change d’adresse doit avertir sans délai le Syndicat des écoles de la région de Garlin.

5 – RENOUELEMENT DU CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Sauf avis contraire du redevable, le contrat de prélèvement est automatiquement reconduit l’année suivante ; le redevable établit une nouvelle demande uniquement lorsqu’il avait dénoncé son contrat et qu’il souhaite à nouveau le prélèvement automatique pour la rentrée scolaire suivante.

6 – ECHEANCES IMPAYEES

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté. Les frais de rejet sont à la charge du redevable.

L’échéance impayée et les frais sont à régulariser auprès de la Trésorerie de Lescar.

7 – FIN DE CONTRAT

Le redevable qui souhaite mettre fin au contrat de prélèvement informe le Syndicat des écoles de la région de Garlin par lettre simple. Une demande exprimée au cours du mois M sera prise en compte au titre des prélèvements du mois M+2. Le redevable devra donc s’acquitter des prestations de restauration scolaires dues au titre du mois M+1, selon un autre mode de règlement, tel que prévu à l’article 1.

8 – RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS, DIFFICULTES DE PAIEMENT, RECOURS.

Tout renseignement concernant le décompte de la facture redevance de restauration scolaire est à adresser au Syndicat des écoles de la région de Garlin.

Toute contestation amiable est à adresser au Syndicat des écoles de la région de Garlin; la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du juge judiciaire.

En vertu de l’article L.1617.5 du code général des collectivités territoriales, le redevable peut, dans un délai de deux mois suivant réception de la facture, contester la somme en saisissant directement :

- le Tribunal d’Instance si le montant de la créance est inférieur ou égal au seuil fixé par l’article R321.1 du code de l’organisation judiciaire.
- le Tribunal de Grande Instance au-delà de ce seuil (actuellement fixé à 7 600 €).

A....., le.....

| | |
|--|-----------------------------|
| <p>Pour le Syndicat des écoles de la région de Garlin, La Présidente,</p> <p>Michèle PLANTE</p> | <p>Le redevable,</p> |
|--|-----------------------------|

SYNDICAT DES ECOLES DE GARLIN
3 Place de la liberté

64330 GARLIN
tel : 05 59 04 78 64

**Formulaire de demande et d'autorisation de
prélèvement ou de changement de coordonnées
bancaires**

Complétez et signez les deux parties de ce formulaire, n'oubliez pas
de joindre votre RIB

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé à : SYNDICAT DES ECOLES DE GARLIN

| NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR (l'abonné) Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ | | DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER (nom de la banque de l'abonné) Nom de la banque : _____ | | | | | | | | |
|---|--------------|---|--------------|--------------|-----|--|--|--|--|--|
| COMPTES A DEBITER <table border="1"><thead><tr><th>Etablissement</th><th>Code guichet</th><th>N° de compte</th><th>Clé</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> | | Etablissement | Code guichet | N° de compte | Clé | | | | | NOM ET ADRESSE DU CREANCIER SYNDICAT DES ECOLES DE GARLIN 3 Place de la liberté 64330 GARLIN |
| Etablissement | Code guichet | N° de compte | Clé | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Signature : _____ **Date :** _____

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978 et à la délibération n°80 du 01/04/1980 de la commission informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et vous pouvez exercer votre droit individuel d'accès auprès de **SYNDICAT DES ECOLES DE GARLIN** à l'adresse ci-dessus.

Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé à la banque

| AUTORISATION DE PRELEVEMENT J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. | | NUMERO NATIONAL D'EMETTEUR | | | | | | | | |
|---|--------------|--|--------------|--------------|-----|--|--|--|--|--|
| NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR (l'abonné) Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ | | NOM ET ADRESSE DU CREANCIER SYNDICAT DES ECOLES DE GARLIN 3 Place de la liberté 64330 GARLIN | | | | | | | | |
| COMPTES A DEBITER <table border="1"><thead><tr><th>Etablissement</th><th>Code guichet</th><th>N° de compte</th><th>Clé</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> | | Etablissement | Code guichet | N° de compte | Clé | | | | | DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER banque : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ |
| Etablissement | Code guichet | N° de compte | Clé | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Signature : _____ **Date :** _____

Prrière de renvoyer les deux parties de cet imprimé à **SYNDICAT DES ECOLES DE GARLIN**
avec les 2 signatures, sans les séparer et en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)