



Grand-Duché de Luxembourg

Administration Communale de LINTGEN

2, rue de Diekirch, L-7440 Lintgen
Tél: 32 03 59-1 - Fax: 32 03 59-35 - Tva: LU10428667

Mandat de domiciliation SEPA - N°

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

Note: Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Je soussigné(e), le débiteur

Nom / Prénom*

Adresse*

Pays résidence*

Contact

(numéro de téléphone, e-mail)

donne au créancier

Nom

Administration Communale de LINTGEN

Identifiant

LU08ZZZ0000000009399002009

Adresse

2, rue de Diekirch
L-7440 Lintgen

Pays

Luxembourg

L'autorisation de faire encaisser mes factures sur mon compte auprès de l'institut financier désigné ci-dessous.

Compte débiteur

N° IBAN *

Code BIC *

Type de paiement

Paiement récurrent/ répétitif

Type Mandat

(CORE = client privé / B2B = client pro.)

Signé à

Le

Le débiteur

* Ces informations doivent être fournies pour permettre le traitement de votre demande de domiciliation



Grand-Duché de Luxembourg

Administration Communale de LINTGEN

2, rue de Diekirch, L-7440 Lintgen
Tél: 32 03 59-1 - Fax: 32 03 59-35 - Tva: LU10428667

Mandat de domiciliation SEPA - N°

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

Note: Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Je soussigné(e), le débiteur

Nom / Prénom*

Adresse*

Pays résidence*

Contact

(numéro de téléphone, e-mail)

donne au créancier

Nom

Administration Communale de LINTGEN

Identifiant

LU08ZZZ0000000009399002009

Adresse

2, rue de Diekirch

L-7440 Lintgen

Pays

Luxembourg

L'autorisation de faire encaisser mes factures sur mon compte auprès de l'institut financier désigné ci-dessous.

Compte débiteur

N° IBAN *

Code BIC *

Type de paiement

Paiement récurrent/ répétitif

Type Mandat

(CORE = client privé / B2B = client pro.)

Signé à

Le

Le débiteur

* Ces informations doivent être fournies pour permettre le traitement de votre demande de domiciliation