

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) RR DROITS DE STATIONNEMENT CLERMONT-FERRAND à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de RR DROITS DE STATIONNEMENT CLERMONT-FERRAND. 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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

**FR84ZZZ471373**

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
Nom, prénom :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Pays : FRANCE	

DESIGNATION DU CREANCIER	
Nom :	<b>RR DROITS DE STATIONNEMENT CLERMONT-FERRAND</b>
Adresse :	10, RUE PHILIPPE MARCOMBES
Code postal :	63000 Ville : CLERMONT-FERRAND
Pays : FRANCE	

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	
FR	

**Type de paiement :**  Paiement récurrent ou ponctuel

Signé à :  
Le  
(JJ/MM/AAAA)

Signature :

--

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN/BIC)**

## Demande d'échelonnement du paiement de l'Abonnement Résident pour le stationnement dans la zone payante de Clermont-Ferrand

Je, soussigné ....., donne mon accord pour que le règlement de mon Abonnement Résident pour le stationnement payant sur la commune de Clermont-Ferrand soit effectué par prélèvement selon les conditions décrites ci-dessous.

Je règle le montant de : *(cochez la case correspondante)*

220€     182€     143€     105€     66€

Je transmets ma demande de prélèvement **avant le dernier jour du mois en cours** et demande à ce que : *(cochez et complétez)*

Le prélèvement ait lieu **en 1 seule fois** :

Dates	Montant
15/10/2025	€

Le prélèvement ait lieu **en 3 fois** (pour un tiers du montant à chaque échéance) :

Dates	Montant
15/10/2025	€
17/11/2025	€
15/12/2025	€

Montant total	220€	182€	143€	105€	66€
Échéance n°1	74€	61€	48€	35€	22€
Échéance n°2	73€	61€	48€	35€	22€
Échéance n°3	73€	60€	47€	35€	22€

J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des conditions tarifaires en vigueur au moment de la présente demande et m'engage à garantir le bon déroulé du paiement par prélèvement (provision du compte suffisante aux dates ci-dessus). En cas de rejet d'un prélèvement, le Trésor Public sera immédiatement saisi pour procéder au recouvrement des sommes dues.

Fait le .... / .... / ..... , à.....

Signature :

--