

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 :                    | RR DROITS DE STATIONNEMENT CLERMONT-FERRAND |
| Adresse :                | 10, RUE PHILIPPE MARCOMBES                  |
| Code postal :            | 63000      Ville : CLERMONT-FERRAND         |
| Pays :                   | FRANCE                                      |

| DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER      |  |
|--------------------------------------|--|
| IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) |  |
| FR                                   |  |

|                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| <b>Type de paiement :</b> | Païement récurrent ou ponctuel |
|---------------------------|--------------------------------|

Signé à :

Le

(WJ/MM/AAAA)

Signature :

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ 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 |
|------------|---------|
| 15/07/2025 | €       |

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

| Dates      | Montant |
|------------|---------|
| 15/07/2025 | €       |
| 18/08/2025 | €       |
| 15/09/2025 | €       |

|               |      |      |      |      |     |
|---------------|------|------|------|------|-----|
| 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 :