

(À transmettre uniquement en cas de changement)

En cas de modification, merci de nous faire parvenir à tout moment dans l'année, cette fiche d'actualisation pour la mise à jour de vos informations nécessaires à la facturation cantine **UNIQUEMENT dans les cas suivants** :

- Changement de destinataire de la facture ;
- Changement d'adresse, de téléphone et mail ;
- Changement de l'école fréquentée par votre (vos) enfant(s) ;
- Inscription d'un enfant supplémentaire ;
- Changement en cours d'année de quotient familial suite évolution situation familiale (naissance, chômage, séparation...)
- Changement de coordonnées bancaires ou mise en place prélèvement automatique (formulaire au verso).

→ **Pour toute modification des repas en cours d'année (annulation, absence, ajout...) veuillez-vous adresser au service de préinscription de la mairie où est scolarisé l'enfant.**

| École : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------|--------|--|--------------------------|-------------------|--------|------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|
| Destinataire des factures : Représentant légal | Nom..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Prénom..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Foyer <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Garde alternée* <input type="checkbox"/> Famille d'accueil** <input type="checkbox"/> Autre :..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><i>* Si vous avez le souhait d'une facturation partagée, merci de prendre contact avec notre secrétariat. ** Un tarif « Famille d'accueil » est mis en place, merci de contacter le secrétariat pour en prendre connaissance.</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse @ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 40%;">Nom & Prénom de l'enfant</th> <th style="width: 25%;">Date de naissance</th> <th style="width: 20%;">Classe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1^{ER} enfant</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2^{ème} enfant</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3^{ème} enfant</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Nom & Prénom de l'enfant | Date de naissance | Classe | 1 ^{ER} enfant | | | | 2 ^{ème} enfant | | | | 3 ^{ème} enfant | | | |
| | Nom & Prénom de l'enfant | Date de naissance | Classe | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 ^{ER} enfant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 ^{ème} enfant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ^{ème} enfant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date & signature(s) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Référence Unique du Mandat (R.U.M.) :(réservé à l'administration)

Type de contrat : Prélèvement facturation cantine

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la cuisine intercommunale SIVURIC de Daoulas à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la cuisine intercommunale SIVURIC de Daoulas.

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

FR 77 CAN 501666

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

SIVURIC

6 rue Jacques Dubois

29460 DAOULAS

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| F R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Au format IBAN BIC

Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer à effectuer sur mon compte bancaire, si ma situation le permet, les prélèvements ordonnés par la cuisine intercommunale SIVURIC. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande de ma banque. Je réglerai le différend directement avec la cuisine intercommunale SIVURIC.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.