

## MANDAT DE DOMICILIATION

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 VIANDEN**

Identifiant **LU8ZZZ000000009399002035**

Adresse **Place Vic. Abens Vianden**

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**

Signé à Vianden, le \_\_\_\_\_ Le débiteur \_\_\_\_\_

(Signature)

Ce formulaire est à renvoyer soit par courrier électronique (recette@vianden.lu), soit par voie postale (Adm. Communale 29, Grand-rue L-9410 Vianden)

\* Ces informations doivent être fournies pour permettre le traitement de votre demande de domiciliation  
En application du règlement relatif à la protection des données GDPR (UE)2016/679, votre commune traite vos données personnelles en respect d'une obligation légale à laquelle elle est soumise.