

Fiche de renseignements

☐ Port de repas ☐ Foyer restaurant

Demandeur : ☐ Personne elle même ☐ Famille ☐ Mandataire judiciaire ☐ Autres

Motif de la demande : ☐ Perte d'autonomie ☐ Repas équilibrés ☐ Aide à l'aidant ☐ Sortie d'hospitalisation

BENEFICIAIRE PRINCIPAL

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom:

Prénom:

Date et Lieu de naissance: / /

à:

Téléphone 1:

Téléphone 2:

E-mail :

BENEFICIAIRE SECONDAIRE

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom:

Prénom:

Date et Lieu de naissance: / /

à:

Téléphone 1:

Téléphone 2:

E-mail:

LE DOMICILE

Adresse complète (bâtiment, étage, porte)

Code postal :

Ville :

Type de Logement : ☐ Maison ☐ Appartement

Code accès :

Badge ☐ Oui ☐ Non

Boite à clefs ☐ Oui ☐ Non

Si oui Code boîte à clés :

MESURES DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Tutelle ☐ Curatelle ☐ Sauvegarde de justice

Nom de la personne ou du service chargé de la mesure :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone 1:

Téléphone 2:

E-mail:

LES PERSONNES A CONTACTER**Contact 1**☐ Monsieur ☐ Madame

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Lien avec l'abonné:

Téléphone:

E-mail:

Adresse:

Code postal:

Ville:

Contact 2☐ Monsieur ☐ Madame

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Lien avec l'abonné:

Téléphone:

E-mail:

Adresse:

Code postal:

Ville:

Contact 3☐ Monsieur ☐ Madame

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Lien avec l'abonné:

Téléphone:

E-mail:

Adresse:

Code postal:

Ville:

Medecin Traitant☐ Monsieur ☐ Madame

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Infirmier/KinéMonsieur ☐ Madame

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Aide à DomicileMonsieur ☐ Madame

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

HÔTEL DE VILLE

60, avenue du Maréchal-de-Latre-de-Tassigny - 33705 Mérignac Cedex

Téléphone : 05 56 55 66 00 - Fax : 05 56 55 66 02

merignac.com

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **LA REGIE CENTRALISEE DE RECETTES DU CCAS DE MERIGNAC** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **LA REGIE CENTRALISEE DE RECETTES DU CCAS DE MERIGNAC**. 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.

FR 32ZZZ666503

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
--

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays : France

Désignation du créancier

Nom : LA REGIE CENTRALISEE DE RECETTES DU CCAS DE MERIGNAC

Adresse : 60 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
Code postal : 33700

Code postal : 33700
Ville : MERIGNAC Cédex

Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
---------------------------------	--

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

I B A N

 (

)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Prestation(s) visée(s) par le présent mandat de prélèvement automatique :

☐ PORT DE REPAS ☐ FOYER RESTAURANT ☐ TELEASSISTANCE ☐ AIDE A DOMICILE

☐ PORT DE REPAS ☐ FOYER RESTAURANT ☐ TELEASSISTANCE ☐ AIDE A DOMICILE☐ PORT DE REPAS ☐ FOYER RESTAURANT ☐ TELEASSISTANCE ☐ AIDE A DOMICILE☐ PORT DE REPAS ☐ FOYER RESTAURANT ☐ TELEASSISTANCE ☐ AIDE A DOMICILE☐ PORT DE REPAS ☐ FOYER RESTAURANT ☐ TELEASSISTANCE ☐ AIDE A DOMICILE

Signé à : _____ Signature : _____

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signé à : _____ Signature : _____

Le (JJ/MM/AAAA) :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par LA REGIE CENTRALISEE DE RECETTES DU CCAS DE MERIGNAC. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec LA REGIE CENTRALISEE DE RECETTES DU CCAS DE MERIGNAC.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement ainsi que d'un droit à la portabilité, un droit à la limitation du traitement ou d'opposition.