

**DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ABONNEMENT
AU SERVICE DE DISTRIBUTION D'EAU POTABLE****A. ADRESSE DE BRANCHEMENT**

N° et Rue :

☐ Assainissement collectif

Code postal :

Commune :

☐ Assainissement individuel

Référence abonnement :

Compteur n° :

B. NOUVEAU TITULAIRE DE L'ABONNEMENT (ABONNÉ ENTRANT)**SOUSCRIPTEUR**☐ Mme ☐ M. ☐ Autre, à préciser : _____ Nom du représentant : _____

N° SIRET (pour sociétés ou organismes publics) : _____ Code APE : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Téléphone mobile : _____ Adresse mail : _____

CO-SOUSCRIPTEUR (s'il y a)☐ Mme ☐ M. ☐ Autre, à préciser : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Téléphone mobile : _____ Adresse mail : _____

Adresse si différente du branchement / Adresse pour l'envoi de la facture

N° et Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Nombre de personnes dans le foyer : _____ Téléphone fixe : _____

C. STATUT DE L'ABONNÉ☐ Nouveau propriétaire (joindre copie attestation de vente) ☐ Nouveau locataire**Si vous êtes locataire, merci de préciser les coordonnées du propriétaire :**☐ Mme ☐ M. ☐ Autre, à préciser : _____

NOM : _____ Prénom : _____

N° et Rue : _____ Code Postal : _____

Commune : _____ Téléphone fixe : _____

Téléphone mobile : _____ Adresse mail : _____

D. DATE DE SOUSCRIPTION ET RELEVÉ DU COMPTEUR D'EAUDate de souscription : ____/____/____ Relevé du compteur d'eau (uniquement les chiffres en noirs) : _____ **M3****NB : Toute demande incomplète, ne sera pas traitée.****Renseignements certifiés exacts,**

Le : ____/____/____ A : _____ Signature du souscripteur (ou propriétaire) :	Le : ____/____/____ A : _____ Signature du co-souscripteur :
---	--

« Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'agent en charge de la facturation du SIAEP des Avaloirs, et sont indispensables à la fourniture d'eau potable, et le traitement de l'assainissement (eaux usées). La base légale du traitement est la facturation des redevances.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : la DDFIP, l'agent comptable de la CCMA et strictement réservés aux besoins des services cités (facturation eau, assainissement)

Les données sont conservées pendant toute la durée de l'abonnement auprès du service souscrit.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter : le SIAEP des Avaloirs, la Madeleine – 53250 Saint Aignan de Couptrain – 02 43 03 85 29 – siaep-desavaloirs@orange.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL ».



PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
*(la date de prélèvement sera indiquée
sur votre facture semestrielle)*

**Cette autorisation est valable uniquement
pour le SIAEP des Avaloirs.**

Pour bénéficier du **PRELEVEMENT AUTOMATIQUE** de vos factures semestrielles à terme échu, remplissez ce formulaire et renvoyer le à l'adresse indiquée ci-dessus.

Tout changement de banque, d'agence ou de C.C.P. devra être signalé au SIAEP des Avaloirs.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Sur compte bancaire, CCP ou caisse d'épargne – Numéro d'identifiant créancier SEPA

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Nom et adresse du titulaire du compte à débiter :

Nom et adresse du créancier :

SIAEP des Avaloirs
180 La madeleine
53250 ST AIGNAN DE COUPTRAIN

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte :

Nom et adresse de l'établissement chargé du recouvrement des factures :

S.G.C. MAYENNE
75 rue des Allouettes
53100 MAYENNE

Adresse de branchement :

N° et Rue :

Code postal : Commune :

Référence abonnement : .Compteur n° :

Désignation du compte à débiter :

Code établissement

Code Guichet

Numéro de compte

Clé RIB

□ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

□ □

ATTENTION !

**Cette autorisation doit impérativement être accompagnée d'un
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE, POSTALE OU CAISSE D'ÉPARGNE**

Date : ____/____/____

Signature du titulaire du compte à débiter