VEOLIA
Eau d'Île-de-France
Déléguataire du SEDIF

N° de contrat
6740967 50

N° de facture
067409675000000020191403

Emise le Période de consommation
17.01.2020 Du 16.10.2019 au 17.01.2020

Adresse de la propriété desservie

MME CATALIFAUD FLORENCE - 16 R CATHERINE SAUVAGE - 94360 BRY SUR MARNE

Nous vous informons

Vous nous contactez par téléphone... munissez-vous de votre numéro de contrat situé en haut de votre facture. Ainsi, en vous authentifiant sur notre Serveur Vocal, vous serez mis en relation avec un interlocuteur privilégié et vous accéderez à des services personnalisés 24h/24 - 7j/7:

- ◆ Déposer votre relevé de compteur
- ◆ Connaître le solde de votre compte
- ◆ Payer votre facture par carte bancaire

AGW3000 DA9D2
66.02.20

00231749/20012012811L1/4500/21/0/1000EGC

02.102.FA

MME CATALIFAUD FLORENCE
16 RUE CATHERINE SAUVAGE
94360 BRY SUR MARNE

Facture trimestrielle d'eau et d'assainissement

émise par Veolia Eau d'Île de France SNC

Montant à régler avant le 31.01.2020

96,36 € TTC

Prix au litre (hors abonnement) 0,0045 €

Détail de votre facture

	Production et distribution de l'eau potable (SEDIF)	30,59€
	Collecte et traitement des eaux usées	46,86 €
	Organismes publics et TVA	18,91 €

Prochaine facture à partir du 16.04.2020

Les pénalités applicables en cas de retard de paiement seront calculées à un taux égal à 3 fois le taux d'intérêt légal avec un minimum de perception de 19,75 €. Il ne sera pas appliqué d'escompte en cas de paiement anticipé.

Votre consommation : 20 m³ (20 000 litres)

D'où vient mon eau du robinet ?

Scannez ce QR code avec votre smartphone pour le découvrir en vidéo.

Montant **96,36 €**

IBAN : [JOINDRE UN RIB/IBAN]
ICS : FR80ZZZ579503
RUM : TIP237000067409675000000020191403
Centre : 01

MME CATALIFAUD FLORENCE
16 RUE CATHERINE SAUVAGE
94360 BRY SUR MARNE

Montant : **96,36 €**

paiement au bureau de poste

Date et Lieu _____ Signature _____

TIPSEPA

Veolia Eau d'Île de France
SNC CCP PARIS
IBAN : FR83 2004 1000
0157 5641 7F02 086

Mandat de prélèvement SEPA ponctuel: en signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CENTRE DES PAIEMENTS à envoyer ces instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CENTRE DES PAIEMENTS. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Le présent document a valeur de mandat de prélèvement SEPA ponctuel. **Votre signature vaut autorisation pour débiter, à réception, votre compte pour le montant indiqué**

CENTRE DES PAIEMENTS
TSA 30149
41974 BLOIS CEDEX 9

N° Client **6740967**
102

140367409674 CATALIFAUD

237000148944 10067409675000000020191403686101

9636

011824
0002FN