



**SERVICE DE PORTAGE DES REPAS A DOMICILE**

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

*(à retourner en Mairie)*

Tarif de 7,5 € le repas par personne + 1,5 € pour un plat complet

**1/ COORDONNEES DE LA PERSONNE BENEFICIAIRE DU SERVICE :**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Lieu de naissance :** ..... (département : .....

**ADRESSE :**

**N°** .....

**Voie :** .....

**Lieudit :** .....

**Code postal :** .....

**Commune :** .....

**Commune déléguée, le cas échéant :** .....

**CONTACT :**

**N° de téléphone portable :** ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**N° de téléphone fixe, le cas échéant :** ..... / ..... / ..... / ..... / .....

**Courriel :** ..... @.....

**COMMUNE D'ETRICHE**

*Membre de la Communauté de Communes Anjou Loir et Sarthe*



**2/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX A CONNAITRE SUR LA PERSONNE BENEFICIAIRE DU SERVICE :**

Allergies alimentaires : .....

Régime particulier : .....

Autres : .....

.....

*Dans les cas énumérés ci-dessus, joindre un certificat médical récent.*

**3/ COORDONNEES DE LA PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE ET/OU POUR LES DEMARCHES ADMINISTRATIVES :**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Lieu de naissance :** ..... (département : .....) )

**ADRESSE :**

N° .....

Voie : .....

Lieudit : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Commune déléguée, le cas échéant : .....

**CONTACT :**

N° de téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

N° de téléphone fixe, le cas échéant : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : ..... @.....

## COMMUNE D'ETRICHE

*Membre de la Communauté de Communes Anjou Loir et Sarthe*



### 4/ JOUR(S) DE PORTAGE DU REPAS SOUHAITE(S) : Entourez

LUNDI

MARDI

MERCREDI

JEUDI

VENDREDI

### 5/ MODALITES DE PAIEMENT :

**Principe de facturation : vous recevez une facture chaque mois correspondant au nombre de repas livrés le mois précédent.**

**Un avis des sommes à payer (facture) vous sera envoyé chaque mois par la DGFIP.**

#### **VOUS POUVEZ PAYER :**

- **par prélèvement automatique** après avoir rempli le mandat de prélèvement SEPA ci-joint avec le RIB : ***dans ce cas, vous n'avez plus rien à faire et vous serez prélevés par la DGFIP chaque mois à la date que vous indiquerez sur le mandat. Le montant prélevé correspondra au nombre de repas livrés le mois précédent. Vous recevrez chaque mois une facture avec la date de prélèvement.***

- **sur Internet**, et une fois avoir reçu la facture, **par carte bancaire ou virement bancaire avec le service de paiement en ligne PayFiP de la DGFIP**, à l'adresse suivante :

**<https://www.payfip.gouv.fr/>**

*Un numéro d'identifiant de la structure publique ainsi que les références de la facture vous seront demandés. Ces éléments se trouvent sur la facture que vous recevrez.*

- **par chèque à l'ordre du Trésor Public à envoyer à :**

Trésorerie de Seiches-sur-le-Loir

Place Auguste Gautier

BP 30039

49140 SEICHES-SUR-LE-LOIR

***N'oubliez pas d'indiquer au dos du chèque le nom de la commune et les références de la facture.***

**COMMUNE D'ETRICHE**

*Membre de la Communauté de Communes Anjou Loir et Sarthe*



**ADRESSE D'ENVOI DES FACTURES :**

N° .....

Voie : .....

Lieudit : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Commune déléguée, le cas échéant : .....

**6/ SI PAYEUR DIFFERENT DU BENEFICIAIRE : (Remplir ci-dessous)**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Lieu de naissance :** ..... (département : .....) )

***Fournir une copie de la carte d'identité nationale***

**ADRESSE :**

N° .....

Voie : .....

Lieudit : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Commune déléguée, le cas échéant : .....

**CONTACT :**

N° de téléphone portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

N° de téléphone fixe, le cas échéant : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Courriel : ..... @ .....

**COMMUNE D'ETRICHE**

*Membre de la Communauté de Communes Anjou Loir et Sarthe*



**7/ DATE D'EFFET DU SERVICE :**

Date du premier portage : ..... / ..... / .....

**8/ SIGNATURE DE LA PERSONNE BENEFICIAIRE DU SERVICE (renseignée au 1/) :**

Date : ..... / ..... / .....

**9/ SIGNATURE DE LA PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE (renseignée au 3/) :**

Date : ..... / ..... / .....

**10/ SIGNATURE DU PAYEUR SI DIFFERENT DU BENEFICIAIRE (renseignée au 6/) :**

Date : ..... / ..... / .....

**POUR TOUTE MODIFICATION DU PRESENT BULLETIN D'INSCRIPTION,  
MERCİ D'ENVOYER UN COURRIEL EN PRIORITE A :  
communication.mairie@etriché49.fr**