

**Service Ordures Ménagères**  
**Zone Europort – BP 20046**  
**57502 SAINT-AVOLD CEDEX**  
**Tél. 0 800 400 402 (numéro vert)**

**REGLEMENT FINANCIER ET CONTRAT DE  
MENSUALISATION  
POUR LE REGLEMENT DE LA REDEVANCE SUR LES ORDURES  
MENAGERES**

**Entre le redevable**.....

Adresse.....

Bénéficiaire (ci-après dénommé le redevable) du service de collecte et de traitement des ordures ménagères,

et la Communauté d'Agglomération Saint-Avold Synergie, BP 20046 57502 SAINT-AVOLD CEDEX, représentée par son Président, Monsieur André WOJCIECHOWSKI, agissant en vertu d'une délibération du Conseil Communautaire du 13 décembre 2016 point n°3 et du Conseil Communautaire du 5 juillet 2017, point n°6.

Il est convenu ce qui suit :

**1 - AVIS D'ECHEANCE**

Le redevable optant pour le prélèvement automatique recevra en début d'année un avis d'échéance indiquant le montant et la date des 9 prélèvements à effectuer sur son compte à partir du 7 avril de l'année en cours.

**2 – MONTANT DU PRELEVEMENT**

Il est égal à 1/9ème de la facture de l'année en cours.

**3 – REGULARISATION ANNUELLE**

Si le montant de la facture annuelle est supérieur à la somme des 9 prélèvements opérés d'avril à décembre le solde sera prélevé le 7 janvier sur le compte du redevable.

Si le montant de la facture annuelle est inférieur à la somme des 9 prélèvements opérés d'avril à décembre, l'excédent sera remboursé par virement courant du 1<sup>er</sup> trimestre de l'année suivante.

#### **4 – CHANGEMENT DE COMPTE BANCAIRE**

Le redevable qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque, ou de banque postale doit se procurer un nouvel imprimé de demande et d'autorisation de prélèvement auprès de la Communauté d'Agglomération Saint-Avoid Synergie au service de la redevance des ordures ménagères, le remplir et le retourner accompagné du nouveau relevé d'identité bancaire ou postal.

Si l'envoi a lieu avant le 7 du mois, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant.

Dans le cas contraire, la modification interviendra un mois plus tard.

#### **5 – DEFAILLANCE INFORMATIQUE**

La Communauté d'Agglomération Saint-Avoid Synergie ne peut être tenue comme responsable en cas de défaillance informatique et de non-respect des dates d'échéances mensuelles.

#### **6 – CHANGEMENT D'ADRESSE**

Le redevable qui change d'adresse ou de composition du foyer doit avertir sans délai le Service de la redevance des ordures ménagères à la Communauté d'Agglomération Saint-Avoid Synergie.

#### **7 – RENOUELEMENT DU CONTRAT DE MENSUALISATION**

Le contrat de mensualisation est reconduit de façon tacite, sauf avis contraire du redevable ; le redevable établit une nouvelle demande uniquement lorsqu'il avait dénoncé son contrat et qu'il souhaite à nouveau être mensualisé l'année suivante.

#### **8 – FIN DE CONTRAT DE MENSUALISATION**

Le redevable qui souhaite mettre fin au contrat de mensualisation informe la Communauté d'Agglomération Saint-Avoid Synergie par lettre recommandée 1 mois avant la date anniversaire du présent contrat.

La Communauté d'Agglomération Saint-Avoid Synergie peut à tout moment résilier un contrat lorsqu'un deuxième rejet intervient la même année. La totalité de la créance figurant sur l'échéancier est alors due. Le paiement est à effectuer au Centre des Finances Publiques de SAINT-AVOLD.

#### **9 – ECHEANCES IMPAYEES**

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté. Les **frais de rejet** sont à la charge du redevable.

L'échéance impayée plus les frais sont à régulariser auprès du Centre des Finances Publiques, 20 rue du Lac à SAINT-AVOLD.

**10 – RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS, DIFFICULTES DE PAIEMENT, RECOURS.**

Tout renseignement concernant le décompte de la facture de la redevance des ordures ménagères est à demander à la Communauté d'Agglomération Saint-Avoid Synergie.

Toute contestation amiable est à adresser à la Communauté d'Agglomération Saint-Avoid Synergie ; la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du juge judiciaire.

En vertu de l'article L.1617.5 du code général des collectivités territoriales, le redevable peut, dans un délai de deux mois suivant réception de la facture, contester la somme en saisissant directement :

- le Tribunal d'Instance, si le montant de la créance est inférieur ou égal au seuil fixé par l'article R321.1 du code de l'organisation judiciaire.
- Le Tribunal de Grande Instance au-delà de ce seuil (actuellement de 7 600 €).

**Pour la Communauté d'Agglomération  
Saint-Avoid Synergie,**

**BON POUR ACCORD**

**Le.....**

**Le.....**

**le Président,**

**le redevable,  
(signature)**



## MENSUALISATION

### DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR
------------------------------------

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
--------------------------------------------------------------

COMPTE A DEBITER			
<b>CODES</b>			
établissement	guichet	n° du compte	clé RIB

Communauté d'Agglomération Saint-Avold Synergie BP 20046 57502 SAINT-AVOLD CEDEX
-------------------------------------------------------------------------------------------

I.B.A.N. :
B.I.C. :

DATE :                      SIGNATURE :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit d'accès du créancier, dans les conditions prévues par la délibérations n°80 du 1/4/89 de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

N° NATIONAL D'EMETTEUR
<b>560486</b>

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si ma situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessus. 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 différé directement avec le créancier.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR
------------------------------------

Communauté d'Agglomération Saint-Avold Synergie BP 20046 57502 SAINT-AVOLD CEDEX
-------------------------------------------------------------------------------------------

COMPTE A DEBITER			
<b>CODES</b>			
établissement	guichet	n° du compte	clé RIB

NOM et ADRESSE DE VOTRE BANQUE OU CCP OU SE FERONT LES PRELEVEMENTS
nom .....
n° : ...rue.....
code postal .....
ville.....

I.B.A.N. :
B.I.C. :

DATE :                      SIGNATURE :

Prière de renvoyer les 2 parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE)