Mandat de prélèvement SEPA

Ecole primaire SAINTE CROIX

Référence unique du mandat (ne pas remplir)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ECOLE STE CROIX/CLOS JOLI/SACRE COEUR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de l'ECOLE STE CROIX/CLOS JOLI/SACRE COEUR sis à DINAN CEDEX.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

NOM et Prénom du payeur .....

Référence : Nom de l'élève.....

Votre adresse :

Numéro et nom de la rue .....
Code postal .....
Ville.....
Pays.....

Coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN :

Code international d'identification de votre banque – BIC :

Créancier

Nom **ECOLE STE CROIX/CLOS JOLI/SACRE COEUR**
Identifiant ICS **FR25ZZZ407736**
Numéro et nom de la rue **5 RUE JEANNE JUGAN**
Code postal **22100**
Ville **DINAN**
Pays FRANCE

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à :.....le : .....

Signature(s)

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Merci de joindre impérativement un RIB (IBAN).