MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ENSEMBLE SCOLAIRE SACRÉ-COEUR LA SALLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ENSEMBLE SCOLAIRE SACRÉ-COEUR LA SALLE.
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,
-sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.
Veuillez completer les champs marqués *

Votre Nom *
Nom/ Prénoms du débiteur

*
Numéro et nom de la rue

Votre adresse * Code Postal * Ville

*
Pays

Les coordonnées de votre compte *
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (Iternational Bank Account Number)

*
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier * ENSEMBLE SCOLAIRE SACRÉ-COEUR LA SALLE
Nom du créancier

* FR58ZZZ454769
ICS (Identifiant de Créancier SEPA)

* 13 RUE DU PUY GUIGNARD
Numéro et nom de la rue

* 1 6 7 0 0 Code Postal * RUFFEC Ville

* FRANCE
Pays

Type de paiement * **Paiement récurrent/répétitif** ☑ **Paiement Ponctuel** ☐

Signé à *
Lieu

Date:JJ/MM/AAAA

Veuillez signer ici

Signature(s)

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

Date du prélèvement : O le 06 du mois O le 08 du mois O le 12 du mois

A retourner par courrier à :
ENSEMBLE SCOLAIRE SACRÉ-COEUR LA SALLE
13 RUE DU PUY GUIGNARD 16700 RUFFEC

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier