

MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez GROUPE SCOLAIRE SAINT-DENIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de GROUPE SCOLAIRE SAINT-DENIS. 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 compléter les champs marqués *

Votre Nom * 1

Nom/ Prénoms du débiteur

* 2

Numéro et nom de la rue

Votre adresse * 3

Code Postal

* Ville

* 4

Pays

Les coordonnées de votre compte * 5

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

* 6

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

Nom du créancier * GROUPE SCOLAIRE SAINT-DENIS 7

Nom du créancier

* FR26ZZZ003228 8

ICS (Identifiant de Créancier SEPA)

* 19 AV. DU GÉNÉRAL DE GAULLE BP 146 9

Numéro et nom de la rue

* 3 7 6 0 0 10

Code Postal

* LOCHES

Ville

* FRANCE 11

Pays

Type de paiement * Paiement récurrent/répétitif 12

Paiement Ponctuel

Signé à * 13

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.

A retourner à:
Par courrier à 19 Av. du Général de Gaulle BP 146 37600 LOCHES

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier