

MANDAT de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

Votre nom :**Votre adresse :**

Votre référence :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'établissement ASSOCIATION SCOLAIRE MARISTE BURY ROSAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de ASSOCIATION SCOLAIRE MARISTE BURY ROSAIRE sis à MARGENCY.

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 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.

Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC

Créancier :

Nom ASSOCIATION SCOLAIRE MARISTE BURY ROSAIRE

Identifiant ICS FR70ZZZ506351

Adresse 1 Avenue GEORGES POMPIDOU

95580 MARGENCY

Type de paiement :Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à (Lieu) : _____

le : _____

Signature(s)**Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire**