MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ECOLE SAINT VINCENT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ECOLE SAINT VINCENT.
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 * 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 (Iternational Bank Account Number)

* 6
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier * ECOLE SAINT VINCENT 7
Nom du créancier

* FR07ZZZ438130 8
ICS (Identifiant de Créancier SEPA)

* 4 RUE JULES LEMAITRE 9
Numéro et nom de la rue

* 4 5 0 0 0 * ORLEANS 10
Code Postal Ville

* FRANCE 11
Pays

Type de paiement * **Paiement récurrent/répétitif** ☑ **Paiement Ponctuel** ☐ 12

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 par courrier à :
ECOLE SAINT VINCENT
4 rue Jules Lemaitre 45000 ORLEANS

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier