EN CAS DE MODIFICATION UNIQUEMENT

# MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le COLLEGE ST JOSEPH à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du COLLEGE ST JOSEPH sis à SEGRÉ EN ANJOU BLEU.

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 Responsable Payeur** _____

**NOM et Prénom de l'Elève :** _____ **Classe :** _____

**Votre adresse :**

Numéro et nom de la rue _____

Code postal _____

Ville _____

**Coordonnées de votre compte**

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Code international d'identification de votre banque - BIC :

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**Créancier**

| | |
|---|---|
| Nom | COLLEGE SAINT JOSEPH |
| Identifiant ICS | 276537 |
| Numéro et nom de la rue | CHEMIN DE RENIER |
| Code postal | 49500 |
| Ville | SEGRÉ EN ANJOU BLEU |
| Pays | FRANCE |

**Type de paiement :**

Paiement récurrent / répétitif ☑ Paiement ponctuel ☐

**BON POUR MANDAT** A : _____ le : _____

**SIGNATURE(S) :**

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

***JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB (RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE)**

*Toutes les données personnelles demandées sont traitées en conformité avec le RGPD.*
*Politique de confidentialité de l'établissement à consulter sur le site.*