

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 (RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE)**

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