MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LYCEE PRIVE LA PROVIDENCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LYCEE PRIVE LA PROVIDENCE.
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 * Code Postal * Ville 3

* Pays 4

Les coordonnées de votre compte * 5
Numéro d'identification international du compte banquaire - IBAN (Iternational Bank Account Number)

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

Nom du créancier * LYCEE PRIVE LA PROVIDENCE 7
Nom du créancier

* FR61ZZZ400492 8
ICS (Identifiant de Créancier SEPA)

* 23 RUE DES SAINTES MARIES 9
Numéro et nom de la rue

* 4 1 0 3 4 Code Postal * BLOIS Ville 10

* FRANCE 11
Pays

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

Signé à * Lieu Date:JJ/MM/AAAA 13

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 23 Rue des Saintes Maries 41034 BLOIS

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier