MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASSOCIATION DE GESTION DU COLLEGE SAINT JEAN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de ASSOCIATION DE GESTION DU COLLEGE SAINT JEAN sis à VIHIERS

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.

Votre nom _____

Référence _____

Votre adresse :

Numéro et nom de la rue _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN :

Code international d'identification de votre banque – BIC :

Créancier

Nom ASSOCIATION DE GESTION COLLEGE ST JEAN

Identifiant ICS FR43ZZZ411874

Numéro et nom de la rue 4 rue du Faubourg Saint-Jean – BP 39 - VIHIERS

Code postal 49310 Commune LYS HAUT LAYON

Pays France

Type de paiement Paiement récurrent/répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à (lieu) _____ le _____

Signature(s)

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