MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez OGEC LYCEE ST GILLES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC LYCEE ST GILLES.
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 compléter 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

Vos coordonnées bancaires *

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (Iternational Bank Account Number)

*

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

Nom du créancier * OGEC LYCEE ST GILLES 7
Nom du créancier

* FR88ZZZ405535 8
ICS (Identifiant de Créancier SEPA)

* 77 RUE DE FONTIVILLE 9
Numéro et nom de la rue

* 3 7 2 5 0 * VEIGNE 10
Code Postal Ville

* FRANCE 11
Pays

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

Signé à * _____ le _____ 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 :
OGEC LYCEE ST GILLES
77 Rue de Fontiville 37250 VEIGNE

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier