MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

VALIDITE TOUTE LA PERIODE DE SCOLARISATION SAUF AVIS CONTRAIRE
PRELEVEMENT MENSUEL AU 6 DE CHAQUE MOIS SUR 9 MOIS DU 6 OCTOBRE AU 6 JUIN

NOM - PRENOM élève(s) : _____

Classe : _____ **Date :** _____

CADRE RESERVEE **Code FA** [ ] **Montant :** [ ]

MANDAT de Prélèvement SEPA

[ ]

Référence Unique du Mandat (RUM)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le LYCEE PROFESSIONNEL JOSEPH WRESINSKI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC LYCEE PROFESSIONNEL JOSEPH WRESINSKI sis à ANGERS Cedex 02.

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.

Créancier

Nom	**OGEC LYCEE PROFESSIONNEL JOSEPH WRESINSKI**
Identifiant ICS	FR32ZZZ331562
N° et nom de la rue	CS 40507 - 10 rue Valentin Haüy
Code postal	49105
Ville	ANGERS Cedex 02
Pays	France

Nom, prénom, titulaire du compte _____

Votre adresse :

n° et nom de la rue _____

code postal _____

ville _____

pays _____

Coordonnées de votre compte :

Domiciliation : _____

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

[ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ]

BIC - Code international d'identification de votre banque

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Type de paiement :

Paiement récurrent/répétitif [X] Paiement ponctuel [ ]

Signé à (lieu) : _____ le : [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

Signature(s) :

Merci de joindre votre RIB avec votre numéro IBAN et BIC.