

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA



Référence Unique du Mandat (RUM)

E	S	B																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nous vous rappelons que vous trouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune de vos factures.

Mandat de prélèvement SEPA  Single Euro Payments Area	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ASSOCIATION ECOLE SAINT BENOIT à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions de l'ASSOCIATION ECOLE SAINT BENOIT. 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																																									
	<ul style="list-style-type: none">- 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																																									
Identifiant du créancier (ICS) : FR66ZZZ568212																																										
	Débiteur	Créancier																																								
Votre Nom	_____	ASSOCIATION ECOLE SAINT BENOIT																																								
Votre adresse	_____	12 rue Alexandre Lange																																								

CP/Ville	_____	78000 Versailles																																								
	France	France																																								
IBAN	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
BIC	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Type de paiement : Paiement récurrent																				
A		Le __ / __ / ____																																								
Signature	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Veillez compléter tous les champs du mandat.																																							
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés																																										
Merci de coller ICI votre relevé d'identité bancaire RIB																																										