MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA – 2018-19

à compléter si nouveau Prélèvement OU changement de RIB

CLASSE : _____
NOM : _____
PRENOM : _____

Merci de cocher les cases : ☐ **EXTERNE** ☐ **DEMI-PENSIONNAIRE** ☐ **PENSIONNAIRE**

	☐ **4 repas**
	☐ **5 repas**

Référence Unique du Mandat

La référence du mandat (RUM) apparaîtra sur chacune de nos factures.

Mandat de prélèvement SEPA

SEPA
Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **l'OGEC ST SEBASTIEN ST JOSEPH** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'OGEC ST SEBASTIEN ST JOSEPH.
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.

Identification du créancier (ICS) : FR25ZZZ335665

Débiteur	**Créancier**
Votre nom ----------	OGEC ST SEBASTIEN ST JOSEPH
Votre Adresse ----------	4 RUE HERVE DE GUEBRIANT
----------	BP 30819
CP/VILLE ----------	29208 LANDERNEAU CEDEX
France ----------	France ----------

Merci de COLLER votre relevé d'identité bancaire RIB.

NE PAS AGRAFER
MERCI

A nous retourner dûment complété et signé avant le 17/08/2018

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

Paiement : ☑ Récurrent/répétitif ❒ Ponctuel

A_____ le _____

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

Signature :

REGLEMENT DES FACTURES PAR :
(à cocher, merci.) :
- ❒ 100% Madame et Monsieur
- ❒ 100 % Madame **ou** ❒ 50 %
- ❒ 100% Monsieur **ou** ❒ 50 %