

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

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.

Veillez compléter les champs marqués par *

Nom et prénom de l'élève :

Classe :

Désignation du titulaire du compte à débiter

Nom - Prénom : * _____

Adresse : * _____

Code postal : * _____ Ville : * _____

Identifiant Créancier SEPA :

FR18ZZZ393894

Nom : OGEC ST JOSEPH-LA SALLE

Adresse : 42 RUE DE KERQUESTENEN

Code postal : 56100 Ville : LORIENT



Coordonnées de votre compte

*Identification internationale - IBAN **

FR																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Identifiant international de la banque - BIC **

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Le : *

A : *

Type de Paiement : Récurrent

Signature OBLIGATOIRE : *

**MERCI DE COLLER OU D'AGRAPHER
OBLIGATOIREMENT
VOTRE RIB ICI**