DEMANDE DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Mandat de Prélèvement SEPA

Référence Unique de Mandat

À compléter par l'administration

NOM Prénom(s) de(s) l'élève(s) :

.....

.....

.....

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **l' Ensemble scolaire Saint Augustin** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **l' Ensemble Scolaire Saint Augustin.**
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.

Identifiant du créancier (ICS) : FR28ZZZ006587

Débiteur

Nom et Prénom _____

Adresse _____

_____

CP/VILLE _____

France

Créancier

Ensemble Scolaire Saint Augustin

97 RUE DE TALANT

B.P. 564

21015 DIJON

France

IBAN

BIC

Paiement : ☑ Récurrent/répétitif ☐ Ponctuel

A _____ Le : _____

Signature :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB

A nous retourner dûment complété

Année 2024/2025