MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Frais d'hébergement, de restauration et autres frais liés à la scolarité :

Identifiant créancier SEPA
FR02ZZZ8301EA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Agent Comptable de l'EPLEFPA du SAINTONGE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Agent Comptable de l'EPLEFPA du SAINTONGE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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. **Référence unique du mandat** : Transmise lors de l'envoi de l'échéancier après validation de votre dossier.

NOM : _____

Prénom :_____**Classe**_____

NB : Les prélèvements s'effectuent le 10 de chaque mois après réception de votre échéancier

PAYEUR 1

Débiteur Nom :_____Prénom :_____
Adresse :_____
Code postal :_____Ville : _____

IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Créancier **Nom :** Agent comptable de l'EPLEFPA de SAINTONGE
Adresse : BP 10549
Code postal : 17119
Ville : SAINTES Cedex **Pays :** France

Nota : Le responsable légal soussigné autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EPLEFPA. En cas de litige sur un prélèvement, le soussigné pourra en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte. Le différend sera alors directement réglé avec l'EPLEFPA de SAINTONGE. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. 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'opposition, d'accès et de rectification tels que ceux prévus aux Art. 48 et suivants de la loi n°78-17 du 16 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Fait à .....
Le .....

Signature

COLLER ICI VOTRE RIB

OBLIGATOIRE

PAYEUR 2 (si prise en charge 50% avec payeur1)

Débiteur Nom :_____Prénom :_____
Adresse :_____
Code postal :_____Ville : _____

IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Créancier **Nom :** Agent comptable de l'EPLEFPA de SAINTONGE
Adresse : BP 10549
Code postal : 17119
Ville : SAINTES CEDEX **Pays :** France

Nota : Le responsable légal soussigné autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EPLEFPA. En cas de litige sur un prélèvement, le soussigné pourra en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte. Le différend sera alors directement réglé avec l'EPLEFPA de Saintonge. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. 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'opposition, d'accès et de rectification tels que ceux prévus aux Art. 48 et suivants de la loi n°78-17 du 16 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Fait à .....
Le .....

Signature

COLLER ICI VOTRE RIB

OBLIGATOIRE