MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA – ÉLÈVES

Nom :       Prénom :       Classe :

*En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier. 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 mois suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé et contesté*
* *Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé*

**

***CRÉANCIER :*** *Identifiant :**FR 77 ZZZ 654 635*

***LYCÉE PROFESSIONNEL PAUL HÉRAUD***

***25, RUE DE BONNE***

***05000 GAP***

*Tél : 04.92.53.74.84*

⌧ Paiement récurrent/répétitif 🞐 Paiement ponctuel/unique

**DÉBITEUR :** RESPONSABLE FINANCIER DE L’ÉLÈVE

NOM/Prénom :

Adresse :

Code postal :       Ville :

Coordonnées bancaires :

IBAN : *Numéro d’identification international du compte bancaire -* *International Bank Account Number*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

BIC : *Code international d’identification de votre banque -* *Bank Identifier Code*

|  |
| --- |
|  |

***MERCI DE JOINDRE UN R.I.B. AU DOCUMENT.***

Fait à     ,

Le

SIGNATURE

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