MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (à compléter par le secrétariat)

En signant ce formulaire vous autorisez OGEC DU COLLEGE PRIVE MIXTE MAZENOD à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC DU COLLEGE PRIVE MIXTE MAZENOD.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN

Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC

Code international d'identification de la banque

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif ☐ **Paiement ponctuel** ☐

CREANCIER

Nom : **OGEC DU COLLEGE PRIVE MIXTE MAZENOD**
ICS : **FR 88 ZZZ 438 803 (identifiant créancier SEPA)**
Adresse : **Impasse Pont de la Clue – CS 50159 – 13391 Marseille Cedex 11**

Fait à : Le : Signature

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 la famille. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par cette dernière, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78 -17du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.