MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIVU SCOLAIRE GABAS LAUDON à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIVU SCOLAIRE GABAS LAUDON
. 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 reboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Identifiant créancier SEPA (ICS)

FR34ZZZ669086

Désignation du titulaire du compte à débiter	**Désignation du créancier**
Nom, prénom : Adresse :	SIVU SCOLAIRE GABAS LAUDON 28 Place COMPOSTELLE 40500 AUDIGNON

Désignation du compte à débiter

NOM DE LA BANQUE :

ADRESSE :

COMPTE A DEBITER

Identification internationale (IBAN)

Identification internationale de la banque (BIC)

Type de paiement : Récurrent /répétitif ☐

Ponctuel ☐

Signé à :

Le :

Signature :

Nom du tiers débiteur (si différent du débiteur lui même et le cas échéant) :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par SIVU SCOLAIRE GABAS LAUDON
. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'éxecution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec SIVU SCOLAIRE GABAS LAUDON
.