

MANDAT de Prélèvement SEPA

Cadre réservé à l'administratif

Nom et prénom de(s) l'élève(s) :

Merci de nous retourner ce document **uniquement pour une première demande**
ou un changement de RIB (accompagné du RIB)Mandat de
prélèvement
SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **OGEC MARIE DE GALILÉE** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **OGEC MARIE DE GALILÉE**. 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.

N° national d'émetteur : FR34ZZZ8539DB

Débiteur

Votre Nom _____

Votre
adresse _____

CP/Ville _____

IBAN _____

BIC _____

A _____

Créancier

OGEC MARIE DE GALILÉE

9 rue du Beau Jardin _____

88100 SAINT DIE DES VOSGES _____

France _____

Paiement : Récurrent/répétitif Ponctuel

Le : _____

Signature : _____

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.**Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB**

A nous retourner dûment complété