

**MANDAT de Prélèvement SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ECOLE NOTRE DAME à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ECOLE NOTRE DAME.  
 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 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.  
 Veuillez compléter les champs marqués \*

<b>Votre Nom</b>	*	.....	1
		Nom/ Prénoms du débiteur	
	*	.....	2
		Numéro et nom de la rue	
<b>Votre adresse</b>	*	<input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> * .....	3
		Code Postal Ville	
	*	.....	4
		Pays	
<b>Les coordonnées de votre compte</b>	*	<input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	*	<input style="width:100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
<b>Nom du créancier</b>	*	ECOLE NOTRE DAME	7
		Nom du créancier	
	*	FR07ZZZ394480	8
		ICS (Identifiant de Créancier SEPA)	
	*	8 RUE DU DR ARSÈNE MIGNEN LES ESSARTS	9
		Numéro et nom de la rue	
	*	<input style="width:50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> * ESSARTS EN BOCAGE	10
		Code Postal Ville	
	*	FRANCE	11
		Pays	
<b>Type de paiement</b>	*	<b>Paiement récurrent/répétitif</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Paiement Ponctuel</b> <input type="checkbox"/>	12
<b>Signé à</b>	*	..... <input style="width:30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	13
		Lieu Date:JJ/MM/AAAA	
<b>Signature(s)</b>		<b>Veuillez signer ici</b> <div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 40px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>	

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

A retourner par courrier à :  
 ECOLE NOTRE DAME  
 8 rue du Dr Arsène Mignen Les Essarts 85140 ESSARTS EN BOCAGE

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

A rapporter à l'école pour le 13 juillet 2018, uniquement pour les nouvelles familles ou en cas de changement.  
 Merci de coller un RIB/IBAN au dos de la feuille.