



école
rockefeller

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire, vous autorisez (A) 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 d'un droit de remboursement 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.

DEBITEUR

*Veillez compléter les champs marqués**

*Nom/Prénom ou Raison Sociale du débiteur

*Adresse (rue, avenue, ...)

*Code postal, Ville

*Pays

*Les coordonnées de votre compte IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)

*Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Identifiant du Débiteur

CREANCIER

Nom du Créancier

F R 3 9 Z Z Z 4 5 3 1 7 1 _____

Identifiant du Créancier

Adresse (rue, avenue, ...)

69373 LYON CEDEX 08 _____

Code postal, Ville

FRANCE _____

Pays

Pour un type de prélèvement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à _____, le ____/____/____

Signature(s)

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