

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique de mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **ASSOCIATION DE GESTION D'ETABLISSEMENTS SCOLAIRES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ASSOCIATION DE GESTION D'ETABLISSEMENTS SCOLAIRES**. 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.

I- Vos coordonnées

Nom
Adresse

CP / Ville
Pays

II- Vos coordonnées bancaires

Numéro d'identification du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

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

III- Coordonnées du créancier

Nom **ASSOCIATION DE GESTION D'ETABLISSEMENTS SCOLAIRES**
Adresse **49B DE RIAVAL**

CP / Ville **35000 RENNES**
Pays **FRANCE**

Référence ICS : **FR74ZZZ87ED44**

IV- Type de paiement

Paiement récurrent/répétitif

Signé à **RENNES** Le

Signature(s)

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