MANDAT DE PRELEVEMENT

SEPA
Single Euro Payments Area

COLLEGE PRIVE
Cluny

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **(NOM DU CREANCIER)** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **(NOM DU CREANCIER)**. 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.

CREANCIER

F R

Identifiant du créancier

Nom du créancier

Adresse (rue, avenue, …)

Code postal, Ville

Pays

☑ Paiement récurrent / répétitif

DEBITEUR

Nom / Prénom du débiteur

Adresse (rue, avenue, …)

Code postal, Ville

Pays

*Coordonnées de votre compte **IBAN** – Numéro d'identification international*

*Code international d'identification de votre banque - **BIC***

Signature(s)

Fait à ……,

le

j j m m a a a a

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.