Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (RUM) : _____

En signant ce formulaire, j'autorise le Créancier à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions du Créancier. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque suivant les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans un délai de 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé, ou 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom et prénom					
Adresse					
Code postal		Ville		Pays	

Compte à débiter[1]

Numéro IBAN	F	R																							
Numéro BIC																									

Le Créancier

Société	**ECOLEBSM**				
Identifiant créancier SEPA (ICS)	**FR94ZZZ88AA6F**				
Adresse	**48 AVENUE DU MONT LECOMTE**				
Code postal	**76610**	Ville	**LE HAVRE**	Pays	**FRANCE**

Type de prélèvement : Récurrent / ~~Ponctuel~~

Date de prélèvement : (choisir une date)

☐ **le 7 du mois** ☐ **le 17 du mois** ☐ **le 27 du mois**

Fait à _____, le _____

Signature du débiteur :

[1] Veuillez joindre votre RIB svp.