MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Lycée Kerguénec à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du Lycée Kerguénec sis à Saint-Molf.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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 pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

Votre nom .....

Référence .....

Votre adresse :

Numéro et nom de la rue .....

Code postal et ville .....

Pays .....

Coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Code international d'identification de votre banque – BIC

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Créancier

NOM	AFG Lycée Professionnel Privé KERGUENEC
Identifiant ICS	FR45ZZZ637266
Numéro et nom de rue	Kerguénec
Code postal et ville	44350 SAINT-MOLF
Pays	FRANCE

Type de paiement

Paiement récurrent/répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à ..... le.....

SIGNATURE(S)

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