

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante

SAS ROUGE COCCINELLE/LA PETITE ACADEMIE

68, rue du Général de Gaulle

67150 ERSTEIN

Choix date de prélèvement (*): 1 du mois 5 du mois 10 du mois

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société SAS ROUGE COCCINELLE/ LA PETITE ACADEMIE Erstein à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SAS ROUGE COCCINELLE/ LA PETITE ACADEMIE Erstein.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Référence Unique Mandat : RUM

Paiement :

| |
|-------------------------------|
| Titulaire du compte à débiter |
| Nom Prénom : (*) _____ |
| Adresse : (*) _____ _____ |
| Code postal : (*) _____ |
| Ville : (*) _____ |
| Pays : FRANCE |

| |
|---|
| Identifiant Créancier SEPA : FR85ZZZ86FE55 |
| Nom : SAS ROUGE COCCINELLE /LA PETITE ACADEMIE |
| Adresse : 68, rue du Général de Gaulle |
| Code postal : 67150 |
| Ville : ERSTEIN |
| Pays : FRANCE |

BIC

IBAN

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB

Le (*) :

A (*) :

Signature (*)