Mandat de prélèvement SEPA

ASSOCIATION DE GESTION COLLEGE ET LYCEE PRIVES
LYCEE PRIVE SAINT SAUVEUR
16 Place Saint Sauveur -BP 80315
35603 REDON Cedex

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AGCLP REDON – LYCEE PRIVE SAINT SAUVEUR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association de Gestion.
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.

Référence **200** ..... **Elève(s)/Etudiant(s)** .....
(réservé à l'établissement) (bien indiquer **le ou les** enfants concernés)

Nom-Prénom du Payeur .....

Votre adresse

Numéro et nom de la rue .....

Code Postal .....

Ville .....

Pays **FRANCE**

Les coordonnées de votre compte

IBAN

BIC

Créancier

Nom	**AGCLP REDON – LYCEE PRIVE SAINT SAUVEUR**
Identifiant ICS	**FR70777388690**
Numéro et nom de la rue	**16 Place Saint Sauveur – BP 80315**
Code Postal	**35603**
Ville	**REDON Cedex**
Pays	**FRANCE**

Type de paiement

Paiement : ☒ récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel

A : ……... Le :

Signature :

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

↳ **Merci de joindre un RIB – IBAN de votre banque**