

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat (RUM)

FR36ZZZ563320-GEC-

Identifiant Créancier Sepa (ICS)



FR 36 ZZZ 563320

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'établissement L.G.T BREQUIGNY à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'établissement L.G.T BREQUIGNY.

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.

| Désignation du titulaire du compte à débiter | Désignation du créancier |
|--|--------------------------------------|
| Nom, prénom : | Nom : L.G.T BREQUIGNY |
| Adresse : | Adresse : 7, av. G. Graff – BP 90516 |
| Code Postal : | Code Postal : 35205 |
| Ville : | Ville : RENNES CEDEX 2 |
| Pays : | Pays : FRANCE |

| Désignation du compte à débiter | |
|---|--|
| Identification internationale (IBAN) | Identification internationale de la banque (BIC) |
|  |  |

| Domiciliation du compte à débiter | |
|-----------------------------------|--------------------|
| Banque : | Agence (Commune) : |

| | |
|---|----------|
| Nom – prénom de l'élève : | Classe : |
| Adresse électronique du titulaire du compte : | |

Type de paiement : Paiement récurrent Paiement ponctuel

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'établissement L.G.T BREQUIGNY. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque.

Je réglerai le différend directement avec l'établissement L.G.T BREQUIGNY.

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire au format IBAN/BIC

Signé à (lieu) :

Le (jj/mm/aaaa) :

Signature :