

# 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) :

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué	
Nom – prénom de l'élève :	Classe :

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 :

----------------------