



- **Nom de l'Elève :**
- **Classe de l'élève :**
- **Nom du Responsable Financier :**

Mandat de Prélèvement SEPA

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune de vos factures.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'OGEC STA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'OGEC STA.

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,

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

*Veillez compléter les champs marqués **

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Votre Nom (Débiteur) * | | | | | | | | | | | | |
| Nom / Prénoms du débiteur | | | | | | | | | | | | |
| Votre adresse | | | | | | | | | | | | |
| [][][][][] * | | | | | | | | | | | | |
| Code Postal Ville | | | | | | | | | | | | |
| * | | | | | | | | | | | | |
| Adresse 2 | | | | | | | | | | | | |
| Pays | | | | | | | | | | | | |
| Coordonnées de votre compte | | | | | | | | | | | | |
| : Merci de nous fournir votre RIB/Iban en copie. | | | | | | | | | | | | |
| Nom du créancier Ogec Saint Thomas d'Aquin | | | | | | | | | | | | |
| Identifiant créancier SEPA | | | | | | | | | | | | |
| * | | | | | | | | | | | | |
| Numéro et nom de la rue | | | | | | | | | | | | |
| * [][][] 4 4 Rue de Grenelle | | | | | | | | | | | | |
| Code Postal Ville | | | | | | | | | | | | |
| *75007.....Paris..... | | | | | | | | | | | | |
| Pays | | | | | | | | | | | | |
| Type de Paiement * Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| Signé à * | | | | | | | | | | | | |
| Lieu Date | | | | | | | | | | | | |
| Signature(s) *Veillez signer ici | | | | | | | | | | | | |
| [Signature] | | | | | | | | | | | | |

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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner au Lycée

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Merci d'agrafer votre Rib/Iban ici