MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Pour le paiement des factures de restauration scolaire et de transport scolaire.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la COMMUNE DE SAINT-XANDRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la COMMUNE DE SAINT-XANDRE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit-être présentée dans le 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

Nom : …… Prénom :……

Adresse :……

Code postal :…… Ville :……

Tél : - - - Email :……

Père-Mère-Tuteur de* :
(Nom, prénom du ou des enfant(s)) : ……
……
……

☐ Coordonnées de votre compte
Numéro d'identification international du compte bancaire – **IBAN** :

I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I