DOCUMENT A RETOURNER, ACCOMPAGNE DE VOTRE RIB

SEULEMENT SI :

- **VOUS NE L'AVEZ PAS DEJA FOURNI.**
- **VOUS CHANGEZ DE COORDONNEES BANCAIRES.**

Tél : 04 50 45 22 28 **courriel : compta@st-michel.fr**

Mandat de prélèvement SEPA pour le règlement de tous les frais afférents à la présence de l'enfant dans l'établissement pour toute la durée de sa scolarité.

SAINT MICHEL
Annecy Haute-Savoie

Mandat de prélèvement SEPA

SEPA Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **L'AAESL SAINT MICHEL** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **L'AAESL SAINT MICHEL**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Code RUM (Réservé AAESL)

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal Ville

Pays

IBAN I B A N

BIC

Créancier :

Identifiant créancier SEPA : **FR09ZZZ390855**

Nom **AAESL**

Adresse **27, Faubourg des Balmettes**

BP257

Code postal **74007** Ville **ANNECY CEDEX**

Pays

Paiement : x Récurrent/ Répétitif **Pour toute la durée de la présence de l'élève dans notre établissement**

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 coller votre RIB ci-dessous