

Nom du créancier :

ASSOCIATION ECOLE DE PROVENCE

42 BOULEVARD EMILE SICARD
13008 MARSEILLE

Mandat de prélèvement SEPA

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

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'**ASSOCIATION ECOLE DE PROVENCE** à envoyer des instructions à votre banque pour débitez votre compte, et votre banque à débitez votre compte conformément aux instructions de l'**ASSOCIATION ECOLE DE PROVENCE**. 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 les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veillez compléter les champs marqués *

* _____
Nom et prénom du débiteur

* _____
Numéro et nom de la rue

* <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>	*	
Code postal		Ville

* _____
Pays

*

Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN

*

Code international d'identification de votre banque BIC

* <u>ASSOCIATION ECOLE DE PROVENCE</u> Nom du créancier devant apparaître dans l'ordre de prélèvement	_____ Référence réservée au créancier (contrat sous-jacent)
---	---

* **FR46ZZZ469923**
Identifiant du créancier ICS

* **42 BOULEVARD EMILE SICARD**
Numéro et nom de la rue

* <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 15px;"><tr><td>1</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>8</td></tr></table>	1	3	0	0	8	*	M A R S E I L L E
1	3	0	0	8			
Code postal		Ville					

* **FRANCE**
Pays

* Type de paiement Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

* _____
Nom du signataire (pour une société signataire habilité sur le compte)

* <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px;"></table>	*	
Date JJ MM AAAA		Lieu

Signature

Personne à contacter pour modifier ou révoquer un mandat de prélèvement (modification des coordonnées bancaires, réclamation)

* <u>ASSOCIATION ECOLE DE PROVENCE</u> Raison sociale ou nom du créancier	* <u>Marie-Pierre CHABARTIER</u> Nom du contact
---	---

* **42 BOULEVARD EMILE SICARD**
Numéro et nom de la rue

* <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 15px;"><tr><td>1</td><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>8</td></tr></table>	1	3	0	0	8	*	M A R S E I L L E
1	3	0	0	8			
Code postal		Ville					

* <u>04 91 77 28 46</u> Téléphone	* <u>comptabilite@ecoleprovence.fr</u> Mail
---	---

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. Elle 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 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.