



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Caisse des Ecoles du 10^e à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Caisse des Ecoles du 10^e.
 Vous bénéficiez d'un droit à remboursement 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 pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du
mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR05ZZZ512662**

DÉBITEUR

NOM et Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Pays : _____

CRÉANCIER

Caisse des Écoles du 10^e arrondissement
72, rue du Faubourg Saint Martin
75010
PARIS
France

IBAN (IDENTIFICATION INTERNATIONALE)

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

BIC (IDENTIFICATION INTERNATIONALE
DE LA BANQUE)

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

Type de paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

A _____

Le : ___ / ___ / _____

Signature :

Veuillez compléter tous les champs du mandat et joindre un relevé d'identité bancaire au format IBAN/BIC

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