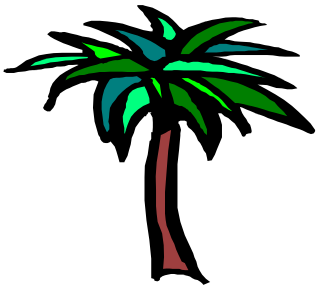
ECOLE SUPERIEURE ET LYCEE PRIVES
DE JEUNES FILLES

TOMER DEBORA

9 Chemin St Pol

73100 AIX LES BAINS



Je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous une autorisation de prélèvement sur mon compte de ma contribution mensuelle de : _____ €

Numéro RUM

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **ECOLE SUPERIEURE DE JEUNES FILLES** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ECOLE SUPERIEURE DE JEUNES FILLES**

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.

Référence unique du mandat : _____

Débiteur :

Votre Nom _____

Votre Adresse _____

_____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Les coordonnées de votre compte

Identifiant créancier SEPA : 502516

Créancier :

Nom **Association ECOLE SUPERIEURE DE JEUNES FILLES**

Adresse **9 CHEMIN DE ST POL**

Code postal **73100** Ville **AIX LES BAINS**

Pays **France**

IBAN F R 3 2 2 0 0 4 1 0 1 0 0 7 0 4 0 0 8 2 6 D 0 3 8 1 3

BIC

Paiement : [x] Récurrent/Répétitif

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