Nom(s) de(s) l'enfant(s) :.....

(Joindre un R.I.B. Obligatoirement)

Établissement scolaire :.....

MANDAT DE Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez **Préalis** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Préalis**.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé, vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NOM - PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE

Titulaire :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Pays :

COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE

IBAN

Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)

Domiciliation de la Banque :

BIC

Code international d'identification de votre banque (Bank Account Number)

Paiement : [x] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

À : 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.

NOM - IDENTIFIANT ET ADRESSE DU CRÉANCIER

I.C.S. (Identifiant créancier SEPA) : **FR22ZZZ399933**

Nom : **Association Préalis**

Adresse : **1 Place Henri Sellier** Code postal : **68000** Ville : **COLMAR** Pays : **France**

Cadre réservé à Préalis

Référence Unique du Mandat