

**MANDAT de Prélèvement SEPA**

**Référence Unique du Mandat**

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune de nos factures.

**Mandat de  
prélèvement  
SEPA**



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **INSTITUT SAINT JOSEPH** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **INSTITUT SAINT JOSEPH**. 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.

Identifiant du créancier (ICS) : FR55ZZZ395653

**Débiteur**

Votre Nom \_\_\_\_\_

Votre adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CP/Ville \_\_\_\_\_

France

IBAN

BIC

A \_\_\_\_\_

Signature :

**Créancier**

INSTITUT SAINT JOSEPH \_\_\_\_\_

7 RUE LIEUTENANT AUDRAS \_\_\_\_\_

69160 TASSIN LA DEMI LUNE \_\_\_\_\_

France

Paiement :  Récurrent/répétitif  Ponctuel

Le : \_\_\_\_\_

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

**Veillez compléter tous les champs du mandat.**



**Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB**

A nous retourner dûment complété