MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez INSTITUTION SAINT JOSEPH à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de INSTITUTION SAINT JOSEPH sis à TASSIN LA DEMI LUNE.

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 pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

Votre Nom _____

Référence _____

Votre adresse:

Numéro et nom de la rue _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

Coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

Créancier

Nom	INSTITUTION SAINT JOSEPH
Identifiant ICS	FR55ZZZ395653
Numéro et nom de la rue	7 RUE LIEUTENANT AUDRAS
Code postal	69160
Ville	TASSIN LA DEMI LUNE
Pays	FRANCE

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

Signé à (Lieu) : _____ le :

Signature(s)

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