



\_\_\_\_\_  
*Référence unique du mandat*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **ECOLE COLLEGE PRIVES SAINT JOSEPH** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ECOLE COLLEGE PRIVES 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. 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.

**CREANCIER**

F R | 9 5 | Z Z Z | 2 8 2 8 9 8  
*Identifiant du créancier*

OGEC ECOLE & COLLEGE PRIVES SAINT JOSEPH  
*Nom du créancier*

15 RUE DU CAPITAINE SOYER  
*Adresse (rue, avenue, ...)*

93310 LE PRE ST GERVAIS | FRANCE  
*Code postal, Ville | Pays*

Paiement récurrent / répétitif

**DEBITEUR**

\_\_\_\_\_  
*Nom / Prénom du débiteur*

\_\_\_\_\_  
*Adresse (rue, avenue, ...)*

\_\_\_\_\_  
*Code postal, Ville | Pays*

\_\_\_\_\_  
*Coordonnées de votre compte IBAN – Numéro d'identification international*

\_\_\_\_\_  
*Code international d'identification de votre banque - BIC*

Signature(s)

Fait à .....

le \_\_\_\_\_

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)  
\_\_\_\_\_  
*Nom du tiers débiteur*

**N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire (au format IBAN BIC)**