

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **(NOM DU CREANCIER)** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **(NOM DU CREANCIER)**. 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 | | 5 | 6 | | Z | Z | Z | | 5 | 2 | 1 | 6 | 3 | 8 |

Identifiant du créancier

LYCEE ROBERT SCHUMAN

Nom du créancier

10 ROUTE D'UGNY

Adresse (rue, avenue, ...)

02300

Code postal, Ville

CHAUNY

Pays

Paiement récurrent / répétitif

## DEBITEUR

Nom / Prénom du débiteur

Adresse (rue, avenue, ...)

Code postal, Ville

FRANCE

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)