ÉCOLE
SAINT JEAN DE MONTMARTRE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA
Référence Unique de Mandat (RUM)
Année scolaire 2025 - 2026

<u>Cadre réservé à l'administration</u> (Référence unique de mandat -RUM- que vous retrouverez sur toutes nos factures)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **OGEC SAINT JEAN DE MONTMARTRE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'**OGEC SAINT JEAN DE MONTMARTRE**.

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,

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom et prénom .....*

Votre adresse .....

Code postal

..... Ville

Pays : .....

Les coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Acount Number)

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier **OGEC SAINT JEAN DE MONTMARTRE**

Identifiant du créancier **FR76 3006 6102 2100 0203 2380191**

31 RUE CAULAINCOURT

7	**5**	**0**	**1**	**8**

PARIS

FRANCE

Type de paiement **Paiement récurrent/répétitif** ☒ **Paiement ponctuel** ☐

Signé à .....le .....202..

Signature du titulaire du compte

Note : Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

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

Merci d'agrafer ici votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP)