MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (communiqué ultérieurement)

POUR TOUTE PREMIÈRE DEMANDE OU RENOUVELLEMENT : S'ADRESSER A L'AGENCE COMPTABLE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Agent Comptable de l'EPLEFPA de Romans - Terre d'Horizon à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Agent Comptable de l'EPLEFPA de Romans - Terre d'Horizon. 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. Le présent mandat est valable jusqu'à dénonciation.	**Identifiant créancier SEPA** **FR83ZZZ539679**

Nom et Prénom de l'élève :...

Formation : .... ☐ Interne ☐ Demi-pensionnaire

Bourses : Envisagez-vous de déposer un dossier de demande de bourses ? .... ☐ Oui ☐ Non

Modalité de prélèvement : de 8 à 10 échéances selon date de mise en place de l'échéancier ; DATE UNIQUE le 10 du mois

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
NOM * : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prénom * : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Adresse* : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Code postal *: |__|__|__|__|__| Ville *: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	Agent comptable EPLEFPA de Romans - Terre d'Horizon 1414 Chemin de Rosey Ouest – BP 224 26 105 Romans Cedex ✆ : 04 75 71 16 36 💻: romans.a-comptable-epl@educagri.fr

Courriel en **MAJUSCULES** * :

\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|__\|

Prélèvements à effectuer sur le compte :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE ORIGINAL (photo non acceptée)

Date* :
(**obligatoire**)*

Signature du titulaire du compte à débiter

* **Zones à compléter**

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'Agent Comptable de l'EPLEFPA de Romans - Terre d'Horizon. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec l'Agent Comptable.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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'opposition, d'accès et de rectification tels que 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.