MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **la Caisse des Écoles du 14e** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Caisse des Écoles du 14e.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement 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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR 27ZZZ855FB2**

DÉBITEUR		CRÉANCIER
NOM et Prénom	:	**Caisse des Écoles du 14e arrondissement**
Adresse	:	**2, Place Ferdinand Brunot**
Code postal	:	**75014 PARIS**
Ville	:	**France**
Pays	:	

IBAN (IDENTIFICATION INTERNATIONALE)

BIC (IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE)

Type de paiement : ☒ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

À :

Le :

Signature :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

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