

REGLEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE



- Compléter le document ci-dessous et le signer
- Joindre un RIB
- Retourner l'ensemble à : **Service Education** - Hôtel de ville

En signant ce formulaire mandat, vous acceptez d'être prélevé sur l'ensemble des activités ainsi que sur les nouvelles activités qui pourraient vous être proposées par le service EDUCATION.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Régie de Recettes Droits Scolaires de Garches à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Régie de Recettes Droits Scolaires de Garches.
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.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom : Prénom :

Adresse :

CP :

Pays :

Ville :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Les coordonnées de votre compte :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Code International d'Identification de votre Banque BIC (Bank Identifier Code)

NOM DU CREANCIER

Nom du créancier : **DROITS SCOLAIRES – REGIE DE RECETTES**

Identification du créancier ICS : **FR87ZZZ215627**

Numéro et nom de rue : **2, rue Claude Liard**

Code Postal Ville : **92380 GARCHES**

Pays : **France**

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Fait à Le

Signature d'une
personne ayant
pouvoir bancaire

Veuillez signer ici

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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété sont destinées à n'être utilisées 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 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.

**Original à envoyer à l'adresse ci-dessous accompagné
d'un RIB**

**DROITS SCOLAIRES
REGIE DE RECETTES
2 RUE CLAUDE LIARD
92380 GARCHES**