# REGLEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Vous souhaitez régler vos factures péri et extrascolaires, Petite Enfance et Ecole des sports par prélèvement automatique. Pour cela, vous devez :

- Compléter le document ci-dessous et le signer
- Joindre un RIB
- Retourner l'ensemble à l'adresse indiquée en bas de page

***En signant ce formulaire mandat**, vous acceptez :*

☐ *D'être prélevé sur l'ensemble des activités péri et extrascolaires ainsi que sur les nouvelles activités qui pourraient vous être proposées par le service **Education***

***Et/ou***

☐ *D'être prélevé des factures du service **Petite Enfance***

***Et/ou***

☐ *D'être prélevé des factures de l'**école des sports***

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

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

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

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

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

## NOM DU CREANCIER

Nom du créancier : **DROITS SCOLAIRES, PETITE ENFANCE, ECOLE DES SPORTS – REGIE DE RECETTES**
Identification du créancier ICS : **FR40ZZZ461495**
Numéro et nom de rue : **2, rue Claude Liard**
Code Postal Ville : **92380 GARCHES**
Pays : **France**
Type de paiement : ☐ Paiement récurrent / répétitif

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**

**REGIE DE RECETTES**
**(DROITS SCOLAIRE, PE ET ECOLE DES SPORTS)**
**2 RUE CLAUDE LIARD**
**92380 GARCHES**
**ou par mail : education@garches.fr**