



ACCUEIL DE LOISIRS  
AEJI CSF  
16, RUE DE LA COUR  
35 220 SAINT JEAN SUR VILAINE  
06.89.08.39.53

**FAMILLE:**

Référence Unique du Mandat	<b>MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</b>	
----------------------------	-----------------------------------	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ACCUEIL ENFANCE JEUNESSE INTERCOMMUNAL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ACCUEIL ENFANCE JEUNESSE INTERCOMMUNAL.

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.

Veillez compléter les champs marqués \*

**- MERCI DE JOINDRE VOTRE RIB -**

Votre nom \*

Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse \*

Numéro et nom de rue

Code postal Ville

FRANCE

Pays

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 créancier \*

ACCUEIL ENFANCE JEUNESSE INTERCOMMUNAL

Nom du créancier

I.C.S. \*

FR 04 ZZZ 610165

Identifiant créancier SEPA

Adresse du créancier \*

16 rue de la Cour

Numéro et nom de la rue

35220 SAINT JEAN SUR VILAINE

Code postal Ville

FRANCE

Pays

Type de paiement \*

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à \*

Lieu

Date : JJ/MM/AAAA

Signature \*

Veillez signer ici

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