



Référence unique de mandat	<b>MANDAT de Prélèvement SEPA</b>
----------------------------	-----------------------------------

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Familles Rurales à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de Familles Rurales sis st hilaire de loulay. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

NOM et PRENOM du PAYEUR	
Adresse	
Code postal	
Ville	

<b>Coordonnées de votre compte bancaire: JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB (relevé d'identité bancaire)</b>	
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN	
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code international d'identification de votre banque - BIC:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Créancier**

Nom: *FAMILLES RURALES ST HILAIRE DE LOULAY Restaurant scolaire*  
Identification ICS: *FR89TRS418515*  
Numéro et nom de la rue: *Maison des familles- Foyer Soleil*  
Code postal - Ville: *85600 ST HILAIRE DE LOULAY*

**Type de paiement:**

Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

Nom / Prénom de l'enfant ou des enfants concerné(s) : .....

Signé à : ..... le : .....

Signature

--

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