

**MANDAT de Prélèvement SEPA**



**Lamennais  
Douarnenez**

**Référence Unique du Mandat**

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune de nos factures.

**Mandat de  
prélèvement  
SEPA**



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l' **OGEC Saint Blaise-Sainte Elisabeth-Saints Anges** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l' **OGEC Saint Blaise-Sainte Elisabeth-Saints Anges**.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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.

Identifiant du créancier (ICS) : FR31ZZZ411508

**Débiteur**

Votre Nom .....

Votre adresse .....

CP/Ville .....

France

**Créancier**

OGEC Saint Blaise – Sainte Elisabeth – Saints Anges

16 rue Lamennais – CS 7001

29177 DOUARNENEZ CEDEX  
France

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement :  Récurrent/répétitif  Ponctuel

A .....

Le .....

Signature :

--

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

**Veillez compléter tous les champs du mandat.**



**Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB**

A nous retourner dûment complété

## MODALITES DE PAIEMENT

Ce document est à remplir par famille.

(Entourer vos choix et rayer les mentions inutiles)

### ELEVES (scolarisés à St-Blaise, Ste-Elisabeth, Sts-Anges, Sainte Philomène)

Nom ..... Prénom ..... Classe ..... Extern. / Demi-pens. / Intern.  
Nom ..... Prénom ..... Classe ..... Extern. / Demi-pens. / Intern.  
Nom ..... Prénom ..... Classe ..... Extern. / Demi-pens. / Intern.  
Nom ..... Prénom ..... Classe ..... Extern. / Demi-pens. / Intern.

### RESPONSABLE PRINCIPAL


Mr, Mme ..... (Prénom) .....  
Adresse .....  
C.Postal ..... Ville ..... Tél : .....

### RESPONSABLE PAYEUR

(à remplir si différent du responsable principal)

Mr, Mme ..... (Prénom) .....  
Adresse .....  
C.Postal ..... Ville ..... Tél : .....

### FORMULE CHOISIE POUR LE REGLEMENT

- Prélèvement mensuel
- Au 4 du mois ou  au 10 du mois
- Chèque  
En plusieurs fois selon l'échéancier indiqué sur la facture de début d'année.
-  Dans ce cas, merci de remplir le mandat au dos de cette feuille.

Fait à ..... le .....

Signature