



1. En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Caisse des écoles du 20^{ème} arrondissement à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Caisse des écoles du 20^{ème} arrondissement.
2. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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 votre compte pour un prélèvement autorisé.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : FR39ZZZ493911

DEBITEUR

CREANCIER

Vos noms et prénoms :

Caisse des écoles du 20^{ème} arrondissement

Votre adresse :

6 Place Gambetta

Code postal :

75020

Ville :

Paris

Pays :

France

IBAN : _____

BIC : _____

À : _____ Le : / / 2023

Signature :

Merci de joindre un RIB à cette demande

*Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Veuillez compléter tous les champs du mandat.*