



RIB :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **RÉGIE CAISSE DES ÉCOLES DE CARQUEIRANNE**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **RÉGIE CAISSE DES ÉCOLES DE CARQUEIRANNE**

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 débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Débiteur :

Votre Nom :
Votre Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

Identifiant créancier SEPA :

Créancier :

Nom : **RÉGIE CAISSE DES ÉCOLES DE CARQUEIRANNE**
Adresse : **PLACE DE LA RÉPUBLIQUE**
Code postal : **83320** Ville : **CARQUEIRANNE**
Pays : **FRANCE**

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

À :

Le :

Signature :

Nota : 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.

Les enfants scolarisés en écoles maternelle ou primaire à CARQUEIRANNE :

Nom de l'enfant(s)	Prénom	Date de naissance	École