MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique de Mandat (n°INE de l'étudiant(e) : | | | | | | | | | | | |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ESCOM (l'Ecole Supérieure de Chimie Organique et Minérale) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ESCOM.
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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom et adresse du débiteur :

Nom / Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Compte à débiter :

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code :

Nom et prénom de l'étudiant : _____

S.V.P. *encercler la classe concernée :* 1ère Année 2ème Année 3ème Année 4ème Année 5ème Année

Nom et adresse du créancier :

ESCOM
1, allée du réseau Jean-Marie Buckmaster
60200 COMPIEGNE

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : **FR12ZZZ418058**

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif (d'octobre à mars) [X] Paiement ponctuel [ ]

Lieu : Date : Signature :

Les prélèvements seront effectués aux dates indiquées sur la facture, pour vous permettre, le cas échéant, d'approvisionner votre compte ou de faire suspendre le prélèvement en cas de désaccord.

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

Prière de renvoyer cet imprimé à l'ESCOM en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), ou postal (RIP).