

# 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) :

<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"/> <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"/>	<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 (Bank Identifier Code) :

<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"/>
--

Nom et prénom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

S.V.P. encercler la classe concernée : 1<sup>ère</sup> Année  2<sup>ème</sup> Année  3<sup>ème</sup> Année  4<sup>ème</sup> Année  5<sup>ème</sup> 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 (de novembre à avril)

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).**