

**MANDAT de Prélèvement SEPA**

**Référence Unique du Mandat**



**ASSOMPTION  
SAINTE CLOTILDE  
BORDEAUX**

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 **Assomption Sainte Clotilde** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Assomption Sainte Clotilde**.  
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) : FR85ZZZ008374

**Débiteur**

Votre Nom

Votre  
adresse

CP/Ville

France

IBAN

BIC

A

**Créancier**

Assomption Sainte Clotilde

370 du Président Willson

CS 41734

33073 BORDEAUX CEDEX

France

Païement :



Récurrent/répétitif



Ponctuel

Le :

Signature :

Note : 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.**

**Vous n'avez rien à fournir si vous êtes déjà enregistré auprès de notre établissement et que vous êtes en prélèvement automatique.**



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