



ASSOCIATION  
DU RESTAURANT D'ENFANTS  
9 Allée Passe-Chanin  
69890 LA TOUR DE SALVAGNY  
Tél. : 04 78 48 04 97

cantine-salvagny.org  
restaurant.enfant.ltds@gmail.com

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la mise en place de votre facturation mensuelle par prélèvement automatique, nous vous invitons à compléter et signer le mandat bancaire ci-après.

Celui-ci est à nous retourner accompagné d'un Relevé d'identité Bancaire (RIB) du compte de prélèvement.

Bien cordialement

L'équipe Gestionnaire.



## MANDAT DE PRELEVEMENT

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM) :

Veuillez compléter tous les champs de ce mandat.



Débiteur	
Votre nom :	<input type="text"/>
Votre adresse :	<input type="text"/>
Code postal et ville :	<input type="text"/>
Pays :	France
IBAN :	<input type="text"/>
BIC :	<input type="text"/>

Créancier
Identifiant Créancier SEPA (ICS) FR59ZZZ878F22
Nom <b>RESTAURANT SCOL LA TOUR DE SALVAGNY</b>
Adresse : RESTAURANT SCOL LA TOUR DE SALVAGNY 9 ALLÉE DE PASSE CHANIN 69890 LA TOUR DE SALVAGNY France

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : RESTAURANT SCOL LA TOUR DE SALVAGNY à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de : RESTAURANT SCOL LA TOUR DE SALVAGNY. 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.

Type de paiement  
Récurent/Répétitif ☒ Ponctuel ☐

Signé à : .....

Le : .. / .. / ..

Signature :