



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	Créancier
Votre nom : <input type="text"/>	Identifiant Créditeur SEPA (ICS) FR59ZZZ878F22
Votre adresse : <input type="text"/>	Nom RESTAURANT SCOL LA TOUR DE SALVAGNY
Code postal et ville : <input type="text"/> <input type="text"/>	Adresse :
Pays : <input type="text"/> France	RESTAURANT SCOL LA TOUR DE SALVAGNY 9 ALLÉE DE PASSE CHANIN
IBAN : <input type="text"/>	69890 LA TOUR DE SALVAGNY France
BIC : <input type="text"/>	

Créancier
Identifiant Créditeur SEPA (ICS) FR59ZZZ878F22
Nom RESTAURANT SCOL LA TOUR DE SALVAGNY
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

Récurrent/Répétitif



Ponctuel



Signé à :

Le : . . / . . / . .

Signature :