# MANDAT DE PRELEVEMENT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le LEAP LESTONNAC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du LEAP LESTONNAC.
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.

**Référence unique du mandat :** _____

**Nom de l'élève :** _____

## DEBITEUR

NOM - Prénoms : _____

Adresse : _____

- Code Postal : /__/__/__/__/__/ **-** Ville : _____

IBAN : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

BIC : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

**Identifiant créancier SEPA : F R 4 8 Z Z Z 5 1 6 4 4 7**

## CREANCIER

**ASSOCIATION FAMILIALE INSTITUT de LESTONNAC**

**30 rue de la République**

**82500 BEAUMONT de LOMAGNE - FRANCE**

Les prélèvements ont lieu le 10 de chaque mois.

Paiement :

☐ Récurrent/Répétitif

☐ Ponctuel

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

**Agrafer ici votre RIB.**

A : _____

Le : /__/__/__/__/**2**/**0**/__/__/

Signature :

**Veuillez compléter tous les champs du mandat.**