


Référence unique du mandat	<h2 style="margin: 0;">MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</h2> <h3 style="margin: 0;">APESP</h3> <p style="margin: 0;"><b>Association des Parents d'Elèves de la Section Polonaise</b></p>	
----------------------------------	--	---

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Association des Parents d'Elèves de la Section Polonaise APESP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association des Parents d'Elèves de la Section Polonaise APESP.

Vous bénéficiez du droit dette 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. Veuillez compléter les champs marqués \*

Votre nom\* .....  
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse \* .....  
Numéro et nom de la rue.

.....  
Code Postal                      Ville

.....  
Pays

Les coordonnées de .....  
votre compte\*                      Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

.....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier\*                      **APESP Association des Parents d'Elèves de la Section Polonaise**  
 Identifiant créancier SEPA            **IBAN FR7610278073570002044760193**  
 Adresse du Créancier                 **Cité Scolaire Internationale CSI**  
     **2 place de Montréal**  
     **69007 LYON**  
     **FRANCE**

Type de paiement \*                      Paiement récurrent / répétitif                          Paiement ponctuel   

Signé\* à ..... le .....

Signature(s)\*                              Veuillez signer ici