Mandat de prélèvement SEPA

Sud Éducation Loiret

__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Référence unique du mandat (ne pas remplir)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le Syndicat Sud Éducation Loiret à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Dell.
Vous bénéficiez d'un droit à remboursement 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 en cas de prélèvement autorisé
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé

Votre nom :	_____ nom du débiteur
Votre adresse :	_____ numéro et nom de la voie
	_____ code postal et commune
	_____ pays

Les coordonnées de votre compte :	_ _ _