



ACCUEIL DE LOISIRS
AEJI CSF
16, RUE DE LA COUR
35 220 SAINT JEAN SUR VILAINE
06.89.08.39.53

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

L'accueil de loisirs a mis en place le prélèvement automatique.

Merci de compléter le mandat de prélèvement SEPA et d'y joindre votre RIB.

Le prélèvement s'effectue le 10 du mois suivant la facture.

Ex : Facture de septembre prélevée le 10 octobre.

Si vous disposez de chèques vacances ou de chèques CESU, merci de les fournir avant la fin du mois. Ils seront ainsi pris en compte avant la facturation et le reste à payer sera prélevé.

De plus, vous avez un solde antérieur merci de le régler en chèque ou espèce. En effet, le prélèvement ne s'effectue que sur le mois de facturation, sans prise en compte du solde antérieur.

Pour rappel, les factures vous sont envoyées par mail via le logiciel, elles peuvent donc arriver dans vos SPAMS.

FAMILLE:

Référence
Unique du
Mandat

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ACCUEIL ENFANCE JEUNESSE INTERCOMMUNAL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ACCUEIL ENFANCE JEUNESSE INTERCOMMUNAL.

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.

Veillez compléter les champs marqués *

- MERCI DE JOINDRE VOTRE RIB -

Votre nom *

Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse *

Numéro et nom de rue

Code postal Ville

FRANCE

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 *

ACCUEIL ENFANCE JEUNESSE INTERCOMMUNAL

Nom du créancier

I.C.S. *

FR 04 ZZZ 610165

Identifiant créancier SEPA

Adresse du
créancier *

16 rue de la Cour

Numéro et nom de la rue

35220 SAINT JEAN SUR VILAINE

Code postal Ville

FRANCE

Pays

Type de paiement *

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Signé à *

Lieu

Date : JJ/MM/AAAA

Signature *

Veillez signer ici

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque