143 ancienne RN3, condé 400
97432 Ravine des Cabris
efs.reunion@yahoo.fr
06 92 79 18 53

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez l'EFS de La Réunion à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l' EFS de La Réunion.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez signé 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 : …… Identifiant créancier SEPA : **FR24ZZZ631145**

Débiteur	Créancier
Votre nom :	**Nom :** **Ecole Française de Sophrologie de La Réunion**
Votre adresse :	**Adresse :** **143 ancienne RN3, condé 400**
Code postal : **Ville :**	**Code postal :** **97432** **Ville :** **Ravine des Cabris**
Pays	**Pays :** **France (Réunion)**

IBAN

BIC

Type de Paiement : récurrent/répétitif ☐ ponctuel ☐

A …… le ……/……/……..

Signature :

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