



MANDAT de Prélèvement SEPA

I B A N B I C

111ron

Reference Unique du mandat

Collège du paruthiol

01630 PERON

Merci de saisir le Nom et Prénom de votre enfant avec pour séparateur entre le Nom et Prénom(s) le 0 et sans espace et sans accent
ex : DUPONT Cédric-Antoine = DUPONT 0 CEDRICANTOINE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez NEWREST-CORALYS (C) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque (B) à débiter votre compte conformément à vos instructions (A), Vous bénéficierez 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé

Veillez compléter les champs marqués *

Votre NOM (A) * []
Nom / Prénoms du débiteur

Votre Adresse * []
Numéro et nom de la rue

* [] * []
Code Postal Ville

* [F R A N C E]
Pays

Les Coordonnées de votre compte (B) * []
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

IBAN

* []
Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

BIC

Nom du créancier (C) * [N E W R E S T R E S T A U R A T I O N]
Nom du créancier

* [N E W R E S T R E S T A U R A T I O N]
Identifiant du créancier

* [7 P L A C E B E R T H E M O R I S O T]
Numéro et Nom de la rue

* [6 9 8 0 0] * [S A I N T P R I E S T]
Code Postal Ville

* [F R A N C E]
Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif [X] Paiement ponctuel []

Elève : * []
Nom / Prénoms (saisir normalement)

Niveau de classe * []

Si vous optez pour ce mode de règlement, ne pas oublier de nous joindre - 1 RIB par enfant

- "cocher votre choix" -> Les élèves déjeunant 4 fois par semaine : sur 6 mois de janvier à juillet 51,33€/mois
-> Les élèves déjeunant 3 fois par semaine : sur 6 mois de janvier à juillet 38,5€/mois

[]
[]

Signé à * [] []
Lieu date : JJ/MM/AAAA

Signature * []

Contrat * [F R 2 5 Z Z Z 4 0 7 6 3 9]
Numéro d'identification du contrat

A retourner à : LAURENT NEUZILLET - Gérant NEWREST de l'établissement -
NEWREST - CORALYS ; 450 ROUTE DE PERON 01630 PERON