


Référence Unique du Mandat	<b>MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</b>	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Institution Sainte Trinité à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte , et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Institution Sainte Trinité.

Vous déclarez avoir été expressément informé des montants qui vous seront prélevés par la convention de scolarisation dont vous êtes signataire, à savoir d'un acompte forfaitaire sur la scolarité d'un montant de 100 € par enfant scolarisé les 5 août, 5 sept et 5 oct de chaque année, puis un montant correspondant au solde de votre facture, divisé par le nombre de prélèvements restants (8 prélèvements du 5 nov au 5 juin). Vous pouvez à tout moment consulter votre compte et connaître le montant de votre échéance à venir.

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.

Votre Nom :

Référence :

Votre adresse :

Coordonnées de votre compte

IBAN :

BIC :

Créancier : Institution Sainte Trinité - 55 av. de Lattre de Tassigny - 13009 Marseille

Identifiant ICS : FR26IST208868

Type de paiement : répétitif

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature