

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mon Ecole My School à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Mon Ecole My School.

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.

Veuillez compléter tous les champs du mandat. A nous retourner dument complété.

Débiteur

Votre NOM Prénom :						
Votre adresse :						
	Code Postale :		Ville :			
	Pays :					
I B A N :						
B I C :						
Type de paiement	<input checked="" type="checkbox"/> Paiement récurrent / répétitif					

Créancier



MON ECOLE MY SCHOOL 31
20 rue Théron de Montaugé
31200 Toulouse, France

Identifiant Créancier SEPA : FR50ZZZ626700

Fait à _____

Le _____

Signature :