# MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez IDEABUS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de IDEABUS**.** 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 les champs marqués *

**Votre Nom** * ……
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** * ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐
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 * **IDEABUS**
Nom du créancier

I.C.S * F R 8 6 Z Z Z 8 5 4 3 9 0
Identifiant Créancier SEPA

* 9 rue Lucien Vidie
Numéro et nom de la rue

* 2 9 9 0 0 Code Postal * CONCARNEAU Ville

* F R A N C E …… Pays

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

Signé à * …… ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Lieu Date

**Signature(s) :** * **Veuillez signer ici**

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

« Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par IDEABUS - 9 rue Lucien Vidie - CONCARNEAU au titre de renseignements pour le transport scolaire. Elles sont conservées pendant 5 ans. Conformément à la loi « informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : info@ideabus.fr »

A retourner à :

**Réseau Coralie/IDEABUS**
**9 rue Lucien Vidie**
**29900 CONCARNEAU**

Prière de nous retourner ce mandat de prélèvement signé, en y joignant obligatoirement un **RIB/IBAN**

**Nom et Prénom de l'élève** : ……

Mode de règlement : Prélèvement au 7 de chaque mois (de **1** à 8 **maximum**)

Mois d'échéance : ☐ Sept ☐ Oct ☐ Nov ☐ Déc ☐ Janv ☐ Fév ☐ Mars ☐ Avril