ACOMPTE ÉTÉ 2024

Nom et prénom du responsable :

.....

Parent de : .....

et : .....

Acompte : 20 € par enfant :

Règlement par

- ❒ Chèque bancaire ***à l'ordre de Familles Rurales*** (retiré le 06/07/2024),
- ❒ CESU, chèques vacances ANCV
- ❒ Espèces joint à ce dossier

J'agrafe mon acompte à ce coupon

Facture de fin de mois :
31/07/24 et 31/08/24

❒ Règlement par prélèvement automatique prélevé le 16/08/2024 pour la facture de juillet et le 14/09/2024 pour la facture d'août

⚠ ***Si vous n'êtes pas en prélèvement automatique habituellement, merci de compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe muni d'un RIB***

❒ Règlement par chèque bancaire, CESU, chèques vacances ou espèces à faire parvenir dès réception de la facture.

Signature des parents :

Familles rurales – Vivre mieux ! | ASSOCIATION DE ST-GEORGES-DE-MONTAIGU COMMUNE DE MONTAIGU-VENDÉE

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat: F R S T G

Familles rurales – Vivre mieux ! – Association de Saint-Georges-du-Montaigu

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez FAMILLES RURALES SAINT GEORGES DE MONTAIGU à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de FAMILLES RURALES SAINT GEORGES DE MONTAIGU.

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	1
Votre adresse	* ..... Numéro et nom de la rue	2
	* Code Postal / * ..... Ville	3
	* ..... Pays	4
Les coordonnées de votre compte	* Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	5
	* Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)	6
Nom du créancier	* FAMILLES RURALES SAINT GEORGES DE MONTAIGU ..... Nom du créancier	7
I.C.S	* F R 6 1 Z Z Z 4 6 3 9 3 0 Identifiant Créancier SEPA	8
	* 7 RUE DES DEUX RIVES ..... Numéro et nom de la rue	9
	* 8 5 6 0 0 Code Postal / * SAINT GEORGES DE MONTAIGU ..... Ville	10
	* France ..... Pays	11
Type de paiement :	* Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☒	12
Signé à	* ..... Lieu / Date	13
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 contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
Familles Rurales Saint Georges de Montaigu	

Merci de joindre un RIB à ce mandat