

## Mandat de Prélèvement SEPA MédicalReims Terminale S - FormaRe 2018/2019

Inscription pour l'année 2018/2019 de l'étudiant(e) NOM : .....Prénom : .....

Pour la Faculté de Reims

- |                          |                              |                          |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Stage de février de 22heures | soit 490 € au 01/02/2019 |
| <input type="checkbox"/> | Stage de Pâques de 22heures  | soit 490 € au 01/04/2019 |
| <input type="checkbox"/> | Stage post-bac de 22 heures  | soit 490 € au 01/06/2019 |

J'autorise MédicalReims - FormaRe à prélever sur mon compte aux dates indiquées les sommes mentionnées ci-dessus,

| Fait à | Date | Signature |
|--------|------|-----------|
|        |      |           |

### Mandat de prélèvement SEPA MédicalReims - FormaRe

*Partie réservée à l'administration :*

|                                   |                                    |                                 |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Référence Unique de Mandat (RUM)* |                                    |                                 |
| Type de paiement*                 | <input type="checkbox"/> Récurrent | <input type="checkbox"/> Unique |

\*Disponible par convention dans un délai de 15 jours par voie postale.

| Nom et adresse du créancier   | Numéro d'identification Créancier SEPA (ICS) |
|---|--|
| MédicalReims – FormaRe<br>8 allée du Vignoble<br>51100 Reims – France | FR15 ZZZ 543 328                             |

*Partie réservée au débiteur :*

| Nom, Prénom et adresse du débiteur                        | Coordonnées bancaires du débiteur   |
|---|---|
| Nom :<br>Prénom :   | Banque :  |
| Adresse :   | Adresse de la banque :  |
| Code Postal :<br>Ville :<br>Pays :                        | Code BIC de la banque :<br>L L L L L L L L L L L L L                      |
| Numéro téléphone du débiteur :<br>L L L L L L L L L L L L | Référence IBAN du compte :<br>L |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MédicalReims - FormaRe à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MédicalReims - FormaRe.  
Vous bénéficiez du droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.  
Toute 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.

| Fait à | Date | Signature |
|--------|------|-----------|
|        |      |           |

Merci de retourner, soit par la poste, soit directement au secrétariat l'original de ce document dûment rempli, daté et signé (aucune photocopie ne sera acceptée) accompagné obligatoirement d'un relevé d'identité bancaire (RIB).