



Ville de Fort-de-France

RESTAURATION ET GARDERIE SCOLAIRES

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

CAISSE DES ECOLES DE FORT DE FRANCE
Régie «Recettes Cantines et Garderies »
Ex-hôpital civil - Quartier Ermitage
B.P. 622 97261 FORT DE FRANCE CEDEX

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Caisse des écoles de Fort de France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Caisse des écoles de Fort de France.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence Unique Mandat : RUM (Zone réservée à l'administration)

Païement : Récurrent

Veuillez compléter tous les champs (\*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Titulaire du compte à débiter
Nom Prénom : (\*)
Adresse : (\*)
Code postal : (\*)
Ville : (\*)
Pays : FRANCE

Identifiant Créancier SEPA : F R 6 5 Z Z Z 4 8 7 8 1 7
Nom : Caisse des écoles de Fort-de-France Régie de recettes Cantines et garderies scolaires
Adresse : Ex-hôpital civil - Quartier Ermitage – BP 622 97261 Fort-de-France
Code postal : 97261
Ville : Fort-de-France cedex
Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Le (\*)

A (\*)

Signature (\*)

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

DEMANDE DE PRELEVEMENT – FORMULAIRE SEPA



Ville de Fort-de-France

**VILLE de FORT-DE-FRANCE**  
 DEPARTEMENT DE L'ENFANCE ET DE L'EDUCATION  
 CAISSE DES ECOLES  
 B.P. 622  
 Tél: 05 96 63 03 33 -- 05 96 70 78 99

<b>N° IDENTIFIANT</b>		<b>QUOTIENT</b>	
-----------------------	--	-----------------	--

**RENOUVELLEMENT :**

OUI  NON

SI OUI, AVEZ-VOUS CHANGE DE R.I.B.

OUI  NON

**PRELEVEMENT EN:**

CANTINE  GARDERIE

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES**

(il est demandé de remplir un seul dossier par famille)

NOM et PRENOM des enfants	DATE de NAISSANCE	PRECISER LE NOM DE L'ECOLE	CLASSE
	...../...../.....		
	...../...../.....		
	...../...../.....		
	...../...../.....		

NOM et PRENOM de la mère : .....	Née le:...../...../.....
Adresse : .....	Tél: 06 96
Profession et Employeur : .....	
Renseignements complémentaires:.....	

NOM et PRENOM du père : .....	Né le:...../...../.....
Adresse : .....	Tél: 06 96
Profession et Employeur : .....	
Renseignements complémentaires:.....	

**J'atteste sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts**

Fait à Fort-de-France, le .....20.....

**SIGNATURE**