# MODALITE DE PAIEMENT (ART.5 du Règlement Financier)
# A remplir par le Répondant Financier

NOM et Prénom du représentant légal de l'enfant (répondant financier) :……

## Mode de paiement :

☐ **Prélèvements mensuels** : *100 € par famille le* ***10 octobre 2022*** *puis 9 prélèvements mensuels le 10 de chaque mois (de novembre à juillet). Ces prélèvements tiendront compte du montant de la facture déduction faite des 100 € prélevé le 10 octobre.*
***Vous pouvez interrompre le mode de paiement, par prélèvement automatique, à tout moment après en avoir informé, par écrit et 10 jours avant l'échéance, la comptabilité de Saint-Joseph.***

☐ **Chèque annuel remis au plus tard au secrétariat le 31/10/2022**

Fait le : Signature :

---

## *A IGNORER POUR CEUX QUI ONT DEJA CHOISI LE PRELEVEMENT EN 2021-2022*

***Original de l'IBAN de votre Etablissement Bancaire à joindre à ce document***

**MANDAT de Prélèvement SEPA**

Référence unique du mandat En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ETABLISSEMENT SAINT JOSEPH à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de ETABLISSEMENT SAINT JOSEPH sis à SAINT CLOUD. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

**Nom du propriétaire du compte :** _____

Adresse : _____

Code Postal _____ Ville _____ Pays _____

**Coordonnées de votre compte**

*Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN :*

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

*Code international d'identification de votre banque - BIC :*

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Créancier**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nom | ETABLISSEMENT SAINT JOSEPH | | | | |
| **Identifiant ICS** | **FR26ZZZ610254** | | | | |
| Numéro et nom de la rue | 8 RUE EMILE VERHAEREN | | | | |
| Code postal | 92210 | Ville | SAINT CLOUD | Pays | FRANCE |

**Type de paiement :**

Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel

Signé à _____ le :_____

**Signature(s)**

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