

RESTAURANTS SCOLAIRES
25 rue Gambetta

69270 FONTAINES-SUR-SAONE
tel : 04.78.23.60.11

**Formulaire de demande et d'autorisation de
prélèvement ou de changement de coordonnées
bancaires**

Complétez et signez les deux parties de ce formulaire, n'oubliez pas
de joindre votre RIB

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé à : RESTAURANTS SCOLAIRES

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR (l'abonné) Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____		DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER (nom de la banque de l'abonné) Nom de la banque : _____								
COMPTE A DEBITER <table border="1"><thead><tr><th>Etablissement</th><th>Code guichet</th><th>N° de compte</th><th>Clé</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé					NOM ET ADRESSE DU CREANCIER RESTAURANTS SCOLAIRES 25 rue Gambetta 69270 FONTAINES-SUR-SAONE
Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé							

Signature : _____ Date : _____

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978 et à la délibération n°80 du 01/04/1980 de la commission informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et vous pouvez exercer votre droit individuel d'accès auprès de **RESTAURANTS SCOLAIRES** à l'adresse ci-dessus.

Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé à la banque

AUTORISATION DE PRELEVEMENT J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.		NUMERO NATIONAL D'EMETTEUR								
NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR (l'abonné) Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____		NOM ET ADRESSE DU CREANCIER RESTAURANTS SCOLAIRES 25 rue Gambetta 69270 FONTAINES-SUR-SAONE								
COMPTE A DEBITER <table border="1"><thead><tr><th>Etablissement</th><th>Code guichet</th><th>N° de compte</th><th>Clé</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé					DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER banque : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____
Etablissement	Code guichet	N° de compte	Clé							

Signature : _____ Date : _____

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé à **RESTAURANTS SCOLAIRES**
avec les 2 signatures, sans les séparer et en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)