


**PROCÉDURE DE REGLEMENT**

**NOM:**  
**PRENOM :**  
**FORMATION: PASS**

**Rappel des modalités de paiement**

**Pour le forfait annuel : en 1, 5, ou 8 fois**

**Pour le forfait intégral : en 1, 6 ou 9 fois (cocher 1 versement au 05/08 puis 5 ou 8 versements)**

<b>IPESUD</b>	<b>MANDAT de Prélèvement SEPA</b>		 IPESUD PREPA CONCOURS SANTÉ																		
	Référence unique du mandat <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">I</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">P</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">E</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">S</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">U</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> (ne pas remplir cette partie)			I	P	E	S	U													
I	P	E	S	U																	

**I.C.S. :** FR56ZZZ566161

**NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Mail :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez IPESUD à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de IPESUD.  
 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.

**DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER**

<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
---	---	---	---	---	---	---

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

<input style="width: 100%;" type="text"/>
---

BIC - Code international d'identification de votre banque

**TYPE DE PAIEMENT**      Paiement récurrent/répétitif       Paiement ponctuel

Cocher le nombre de prélèvements choisis :	Indiquer le montant à prélever :	Dates des prélèvements :
<b>STAGE PRÉ-U</b>	1 versement : <input type="checkbox"/> Montant : ..... Euros	AU 05/08/2023
	1 versement : <input type="checkbox"/> Montant : ..... Euros	AU 05/09/2023
	5 versements : <input type="checkbox"/> Montant : ..... Euros	DU 05/09/2023 AU 05/01/2024 INCLUS
	8 versements : <input type="checkbox"/> Montant : ..... Euros	DU 05/09/2023 AU 05/04/2024 INCLUS

**Fait à :**       **Signature :**

**Le :**

Note: Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour votre information, tout rejet de paiement/impayé engendrera une majoration équivalente aux frais appliqués par la 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.