Mandat de Prélèvement SEPA MédicalSup Terminale S - ATBL 2018/2019

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

Pour la Faculté de Nancy

- ☐ Stage de février de 22heures soit 490 € au 01/02/2019
- ☐ Stage de Pâques de 22heures soit 490 € au 01/04/2019
- ☐ Stage post-bac de 22 heures soit 490 € au 01/06/2019

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

Fait à	Date	Signature

Mandat de prélèvement SEPA MédicalSup - ATBL

Partie réservée à l'administration :

Référence Unique de Mandat (RUM)*	
Type de paiement*	☐ Récurrent ☐ Unique

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

Nom et adresse du créancier	Numéro d'identification Créancier SEPA (ICS)
MédicalSup – ATBL Parc d'activités de l'Hippodrome 3 allée d'Auteuil 54500 Vandoeuvre-Lès-Nancy – France	FR34 ZZZ 573 735

Partie réservée au débiteur :

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