



ASSOCIATION DES PARENTS DES ELEVES DE L'ECOLE EUROPEENNE DE BRUXELLES III

APEEE IXELLES AISBL

Bd du Triomphe 135 – 1050 BRUXELLES BELGIUM

NE 475.328.209 Association 157 14 2001

N° CREANCIER BE55ZZZ0475328209

Child's name / Nom de l'enfant

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE
MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE

ENGLISH

FRANÇAIS

MANDATE REFERENCE – TO BE COMPLETED BY THE CREDITOR

REFERENCE DU MANDAT – A COMPLETER PAR LE CREANCIER

MANDATE CONTRACT

OBJET DU MANDAT

APEEE IXELLES SERVICES PAYMENT

PAIEMENT DES SERVICES APEEE IXELLES

TYPE OF PAYMENT

TYPE D'ENCAISSEMENT

RECURRENT (CAN BE USED MORE THAN ONCE)

RECURRENT (PEUT ETRE UTILISE PLUSIEURS FOIS)

~~ONE-OFF~~ (CAN BE USED ONLY ONCE)

~~UNIQUE~~ (NE PEUT ETRE UTILISE QU'UNE FOIS)

BY SIGNING THIS MANDATE FORM, YOU AUTHORISE (A) AISBL APEEE IXELLES TO SEND INSTRUCTIONS TO YOUR BANK TO DEBIT YOUR ACCOUNT AND (B) YOUR BANK TO DEBIT YOUR ACCOUNT IN ACCORDANCE WITH THE INSTRUCTIONS FROM AISBL APEEE IXELLES.

EN SIGNANT CE FORMULAIRE DE MANDAT, VOUS AUTORISEZ (A) L'AISBL APEEE IXELLES A ENVOYER DES INSTRUCTIONS A VOTRE BANQUE POUR DEBITER VOTRE COMPTE, ET (B) VOTRE BANQUE A DEBITER VOTRE COMPTE CONFORMEMENT AUX INSTRUCTIONS DE L'AISBL APEEE IXELLES.

AS PART OF YOUR RIGHTS, YOU ARE ENTITLED TO A REFUND FROM YOUR BANK UNDER THE TERMS AND CONDITIONS OF YOUR AGREEMENT WITH YOUR BANK. A REFUND MUST BE CLAIMED WITHIN 8 WEEKS STARTING FROM THE DATE ON WHICH YOUR ACCOUNT WAS DEBITED.

VOUS BENEFICIEZ D'UN DROIT D'ETRE REMBOURSE PAR VOTRE BANQUE SELON LES CONDITIONS DECRITES DANS LA CONVENTION QUE VOUS AVEZ PASSEE AVEC ELLE. UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DOIT ETRE PRESENTEE DANS LES 8 SEMAINES SUIVANT LA DATE DE DEBIT DE VOTRE COMPTE.

NOTE: YOUR RIGHTS REGARDING THIS MANDATE ARE EXPLAINED IN A STATEMENT THAT YOU CAN OBTAIN FROM YOUR BANK.

NOTE : VOS DROITS CONCERNANT CE MANDAT SONT EXPLIQUES DANS UN DOCUMENT QUE VOUS POUVEZ OBTENIR AUPRES DE VOTRE BANQUE.

PLEASE COMPLETE ALL THE FIELDS MARKED *.

VEUILLEZ COMPLETER LES CHAMPS MARQUES *.

1 * YOUR NAME: NAME OF THE DEBTOR(S)

*** VOTRE NOM : NOM DU DEBITEUR (S)**

2 * YOUR ADDRESS: STREET NAME & NUMBER

*** VOTRE ADRESSE : NUMÉRO ET NOM DE LA RUE**

3 * POSTAL CODE & CITY

*** CODE POSTAL ET VILLE**

4 * COUNTRY

*** PAYS**

5 * YOUR IBAN BANK ACCOUNT NUMBER

*** VOTRE NUMERO DE COMPTE BANCAIRE IBAN**

6 * SWIFT BIC CODE BANK

*** LE CODE BIC DE VOTRE BANQUE**

7 * SIGNATURE

*** SIGNATURE**

*** LOCATION**

*** LIEU**

*** DATE**

*** DATE**

PLEASE RETURN THE PAPER FORM IN ORIGINAL TO THE APEEE OFFICE (ONE FOR EACH CHILD)

SVP RENVoyer LE FORMULAIRE PAPIER ORIGINAL AU BUREAU APEEE (UN PAR ENFANT)

AISBL APEEE IXELLES
BOULEVARD DU TRIOMPHE 135
B-1050 BRUXELLES - BELGIQUE