



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 APEEE IXELLES SERVICES PAYMENT	OBJET DU MANDAT PAIEMENT DES SERVICES APEEE IXELLES
TYPE OF PAYMENT RECURRENT (CAN BE USED MORE THAN ONCE) ONE-OFF (CAN BE USED ONLY ONCE) 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. 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. NOTE: YOUR RIGHTS REGARDING THIS MANDATE ARE EXPLAINED IN A STATEMENT THAT YOU CAN OBTAIN FROM YOUR BANK.	TYPE D'ENCAISSEMENT RECURRENT (PEUT ETRE UTILISE PLUSIEURS FOIS) UNIQUE (NE PEUT ETRE UTILISE QU'UNE FOIS) 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. 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 : 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 * LOCATION / LIEU * DATE	

PLEASE SIGN AND SEND THE COMPLETED FORM TO INFO@APEEEIXELLES.BE (ONE FOR EACH CHILD)

SVP SIGNEZ ET ENVOYEZ LE FORMULAIRE COMPLETE A INFO@APEEEIXELLES.BE (UN PAR ENFANT)