

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

FORMULAIRE DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE DE LA COTISATION SYNDICALE EN EUROS (PAR SIXIÈMES AU PLUS).

REEMPLIR SOIGNEUSEMENT, SIGNER ET JOINDRE UN RIB OU UN RIP

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

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions que vous avez passé 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.

CRÉANCIER :

ICS – Identifiant Créancier SEPA : FR 62 ZZZ 131687

SNESUP
78 rue du Faubourg Saint-Denis
75010 PARIS

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

DÉBITEUR :

*Veuillez compléter les champs marqués **

* Nom / Prénom du débiteur

* Adresse (rue, avenue, ...)

* Code postal

* Ville

* Pays

* Coordonnées de votre compte à débiter – IBAN

* Code International d'identification de votre banque – Code BIC

Fait à : _____

Signature : _____

Le : [] / [] / []

Note : Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par la créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ces droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux article 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

[]
RUM – Référence Unique de Mandat (Réservé à la trésorerie, ne pas remplir)