

Mandat de prélèvement SEPA 	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez						
	Le Syndicat CFE-CGC Santé au Travail						
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte,						
	conformément aux instructions du Syndicat CFE-CGC Santé au Travail						
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.							
Référence unique du mandat :		Cotisation CFE CGC Santé au Travail		Identifiant créancier SEPA		FR35222506496	
Débiteur				Créancier			
Nom/prénom: _____		Nom		Syndicat CFE-CGC Santé au Travail			
Votre : Adresse _____		Adresse :		39 rue Victor Massé			
Code postal : _____	Ville : _____	Code postal	75009	Ville	Paris		
Pays : _____			Pays : France				
IBAN							
BIC							
Paiement : Récurrent/Répétitif							
Annuel <input type="checkbox"/> (à privilégier pour réduire les frais de banque) Semestriel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> (les prélèvements semestriels et trimestriels seront arrondis à l'euro supérieur en cas de décimal)							
A : _____		Le : _____					
<i>Veillez compléter tous les champs du mandat et joindre un RIB/IBAN</i>							
Signature :				<i>Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</i>			