Référence Unique du Mandat	**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {*NOM DU CREANCIER*} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {*NOM DU CREANCIER*}.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom *

……

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *

……

Numéro et nom de la rue

Code Postal …… Ville

……

Pays

Les coordonnées de votre compte *

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier *

SNES CFE-CGC……

Nom du créancier

I. C. S *

F	R	6	0	Z	Z	Z	5	8	5	6	8	3																		

Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier

9 RUE DE ROCROY……

Numéro et nom de la rue

7	**5**	**0**	**1**	**0**

PARIS

FRANCE……

Pays

Type de paiement *

Paiement récurrent / répétitif X

Signé à *

……

Lieu

Date

Signature(s)*

Veuillez signer ici

SI VOUS OPTEZ POUR CE MODE DE RÈGLEMENT

À RETOURNER AVEC VOTRE BULLETIN D'ADHÉSION