## Demande et autorisation de prélèvement automatique et fractionné

NOM D'USAGE : En écriture majuscule	
NOM DE NAISSANCE : En écriture majuscule	
PRENOM: En écriture majuscule	
Région : Établissement	:
Mandat de Prélèvement SEPA CORE  En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat SNETAP/FSU à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNETAP/FSU. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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,  - sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.  Référence Unique Mandat :	
Paiement : Récurrent (Réservé au créancier)  Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier	
Débiteur  VOS NOM PRÉNOM (*):  VOTRE ADRESSE (*):  CODE POSTAL (*):  VILLE (*):  PAYS (*):	Identifiant Créancier SEPA:  FR77ZZZ540563  Nom: SNETAP/FSU  Adresse: 251 Rue de Vaugirard  Code postal: 75732  Ville: PARIS CEDEX 15  Pays: FRANCE
BAN (*) :	ENATURE (*):

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. ». Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.