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.

Paiement : Récurrent

Référence Unique Mandat :
(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**

IBAN (*) :

BIC (*) :

LE (*) : .....

SIGNATURE (*) :

À (*) : .....

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.