

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SYNDICAT CGT FINANCES PUBLIQUES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT CGT FINANCES PUBLIQUES.

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 * <input type="text"/> Nom/Prénoms du débiteur ou dénomination sociale	1
Votre adresse * <input type="text"/> Numéro et nom de la rue * <input type="text"/> * <input type="text"/> Code Postal Ville * <input type="text"/> <input type="text"/> Pays	2 2 2
Les coordonnées de votre compte * <input type="text"/> Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) * <input type="text"/> Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	1 1
Nom du créancier * <input type="text"/> Nom du créancier ou dénomination sociale * <input type="text"/> Identifiant du créancier * <input type="text"/> Numéro et nom de la rue * <input type="text"/> * <input type="text"/> Code Postal Ville * <input type="text"/> <input type="text"/> Pays	1 2 2 2 2
Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> (cochez la case correspondante)	
Signé à * <input type="text"/> 2 * <input type="text"/> Lieu Date	2

Signatures * Veuillez signer ici **Merci de mentionner votre :** 1 - GRADE :
2 - ECHELON :
3 - QUOTITE DE TRAVAIL :

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	2
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	1
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre SYNDICAT CGT FINANCES PUBLIQUES et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	
Code identifiant du tiers débiteur	2
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.	1
Code identifiant du tiers créancier	2
Contrat concerné	2
Numéro d'identification du contrat	2
Description du contrat	

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (R.I.B.)
(au format IBAN BIC)**

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier