

Mandat de prélèvement SEPA

UNION LOCALE CGT MELUN

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez UNION LOCALE CGT MELUN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de UNION LOCALE CGT MELUN. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veillez obligatoirement compléter les champs marqués (*) et retourner cet imprimé signé à UNION LOCALE CGT MELUN.

Créancier

Nom : UNION LOCALE CGT MELUN

Identifiant (ICS) : FR03ZZZ510370

Adresse : 15 RUE PAJOL

Code postal : 77000

Ville : MELUN

Pays : France

Données client débiteur

Nom et Prénom* :

Adresse* :

Code postal* :

Ville* :

Pays : France

Vos coordonnées bancaires

IBAN* :

Numéro identification international de compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

BIC* :

Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement : Répétitif

Montant* :

Signé à* :

le* :

Signature* :