

Mandat de Prélèvement SEPA Direct Debit - SDD

A compléter et renvoyer OBLIGATOIREMENT avec un RIB

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Vous vous engagez avec l'entreprise suivante :

Nom **SYNDICAT SNCDD CFE-CGC** 74

Adresse **2A boulevard du 1er R.A.M.**

Code Postale **10 000**

Ville **TROYES**

ICS **FR39ZZZ62479**

REFERENCE DU MANDAT

Cette Référence Unique du Mandat est à conserver et à rappeler dans tous vos courriers

RUM (n° adhérent syndical)

Conditions générales d'utilisation de votre mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **LE SNCDD CFE-CGC** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **SNCDD CFE-CGC**.

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.

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

IDENTIFICATION DU CLIENT

En ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :

Votre Nom

Nom

Votre adresse

N° et Rue

Code Postal

Ville

Vos coordonnées bancaires

BIC

Le BIC est le Code International d'Identification de votre banque

IBAN

L'IBAN est le Numéro d'Identification Internationale de votre compte

Type de paiement

Récurrent

Ponctuel

Date

Ville

Date de signature de votre mandat

Lieu de signature de votre mandat

Votre signature validant votre mandat

REFERENCE DU CONTRAT

N° d'identification du contrat

Description du contrat

COTISATION SNCDD CFE-CGC