



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA A COMPLETER

Veuillez compléter tous les champs du mandat

JOINDRE un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNTRS-CGT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNTRS-CGT. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence Unique de Mandat :

(N° de contrat SEF)

Identifiant créancier SEPA : **FR21ZZZ149497**

Débiteur :

NOM :

Prénom :

Adresse :

C P :

Ville :

IBAN :

BIC :

A :

Le : / /

Signature

Créancier :

NOM : **SNTRS - CGT**

Adresse : **Groupe de laboratoires CNRS Bât. H
7 rue Guy Moquet**

Code Postal : **94800** Ville : **VILLEJUIF**

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Echéance le : / /

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