MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (réservé au créancier)

En signant ce formulaire, vous autorisez le SNUipp du Gard à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNUipp du Gard. 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.

NOM, PRENOM, et ADRESSE du DEBITEUR

Nom……..
Prénom……
Adresse……..
Code Postal ……. Ville…….
Pays……

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN-Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC- Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT : récurrent

CREANCIER

Nom : SNUipp du Gard
ICS : FR77ZZZ490123
Adresse : 29 rue Becdelièvre 30900 Nîmes

Fait à le

Signature

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 relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, des ses droits d'oppositions, 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.

A retourner à : SNUipp-FSU 30, 26bis rue Becdelièvre, 30900 NIMES