



Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR47ZZZ83880F**

Débiteur

Votre nom et prénom : _____

Votre adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Créancier

Nom : Acteurs Santé CFE-CGC

Adresse : 15, rue Beccaria

Code postal : 75012

Ville : Paris

Les coordonnées de votre compte – merci de joindre un RIB

Numéro identification international compte bancaire - IBAN

TYPE DE PAIEMENT (cocher ci-dessous)

Paiement récurrent mensuel :

Paiement récurrent trimestriel :

Paiement récurrent quadrimestriel :

Paiement récurrent semestriel :

Paiement récurrent annuel :

Paiement ponctuel :

SIGNATURE

Veillez signer ici

Nom et prénom du signataire

A _____ le _____

Nota : en signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Acteurs Santé CFE-CGC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Acteurs santé 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 pour un prélèvement autorisé.

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