Cfdt SYNCASS
S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Le « mandat de prélèvement SEPA* » est le document officiel nécessaire pour effectuer des prélèvements.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

1. la CFDT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
2. votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFDT. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle.

Toute demande de remboursement devra être présentée :

1. Dans les 8 semaines qui suivent la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
2. Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom - Prénom du débiteur	
Adresse N° et voie	
Complément d'adresse Résidence, bâtiment,...	
Téléphone	
Code postal	**Ville**
Coordonnées du compte N°IBAN Identification internationale du compte bancaire	
N°BIC Code international d'identification de votre banque	
Nom du syndicat	SYNCASS-CFDT
ICS (Identifiant créancier SEPA)	FR 88 ZZZ 25 48 94
Adresse N° et voie	14 RUE VESALE
Code postal	75005 **Ville** PARIS
Type de paiement	☒ paiement répétitif mensuel
Fait à	**, le**

Signature obligatoire :
(Formulaire électronique : je reconnais que le fait d'apposer mon nom ci-contre a la même valeur juridique que si j'avais apposé ma signature manuscrite au formulaire)

* SEPA : « Single Euro Payments Area », espace unique de paiements en euros

A retourner par mail à : contact@syncass-cfdt.fr
ou par envoi postal à : SYNCASS-CFDT 14 RUE VESALE 75005 PARIS

Référence unique du mandat (RUM - à remplir par le SYNCASS-CFDT) :

3 A 7 5 0 6 K

Syndicat des directeurs, cadres, médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés
14 rue Vésale - 75005 Paris - Tél : 01 40 27 18 80 - Fax : 01 40 27 18 22 - contact@syncass-cfdt.fr - www.syncass-cfdt.fr