FORMULAIRE UNIQUE DE MANDAT

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNADEM-UNSA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNADEM-UNSA

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,

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom * .....
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse * 2
Numéro et nom de la rue

* 2
Code Postal Ville

* 2
Pays

Les coordonnées de votre compte * .....
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

* .....
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier **ASS DECL SNADEM** 1
Nom du créancier

FR61ZZZ558602 2
Identifiant du créancier

8-10 avenue Ledru-Rollin 2
Numéro et nom de la rue

7 5 0 1 2 **PARIS** 2
Code Postal Ville

FRANCE 2

Type de paiement * Paiement en 3 fois ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à * ..... 2 Date
Lieu

Signature(s) * Veuillez signer dans le cadre ci-dessous

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

Merci de bien vouloir joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE)

A retourner à : **SNADEM-UNSA**
8-10 avenue Ledru-Rollin
75012 - PARIS

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

(1) La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
(2) Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères