

Référence Unique du Mandat	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA																																																			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">+</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																									+	+																									
+	+																																																			

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER).

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 *
 Numéro et nom de la rue

Code Postal Ville

--	--	--	--	--

Pays : FRANCE

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 *
 SYNDICAT FORCE OUVRIERE DES METALLURGISTES DE LA REGION PARISIENNE

I. C. S *

F	R	2	8	Z	Z	Z	6	4	4	8	4	7																									
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier
 9 rue Baudoin

7	5	0	1	3
---	---	---	---	---

 PARIS

France
 Pays

Type paiement *
 Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à *

 Lieu Date

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature(s) *
 Veuillez signer ici

--

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

A retourner à : SYNDICAT FO DES METALLURGISTES DE LA REGION PARISIENNE 9 rue Baudoin 75013 PARIS	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
---	--