MANDAT de Prélèvement SEPA

Union départementale FO de l'Ain

Référence Unique du Mandat : ……

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **UDFO 01** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **UDFO 01**
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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

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 UNION DÉPARTEMENTALE FO DE L'AIN

I.C.S **FR18ZZZ462182**

Maison des syndicats
3, impasse Alfred Chanut
01000 Bourg en Bresse

FRANCE

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Signé à * …… | | | | | | | | | | |
Lieu Date JJ MM AAAA

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.

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 sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de se s 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.

votre entreprise

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier