

Mandat de prélèvement



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

SYNDICAT CFTC TELECOM IDF

à envoyer des instructions à votre banque pour débitez votre compte, et (B) votre banque à débitez votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT CFTC TELECOM IDF

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 et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.



Référence unique du mandat : *Code INARIC rempli par le syndicat*

Identifiant créancier SEPA : FR 28 ZZZ 589266

Débiteur :

Votre Nom

Votre Adresse

Code postal

Ville

Pays

Créancier :

Nom

Adresse

Code postal

Ville

Pays

SYNDICAT CFTC TELECOM IDF

72 RUE TRUFFAUT

75017

PARIS

FRANCE

IBAN

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

BIC

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

Paiement :



Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A :

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

Le :

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

Signature :

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

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.