MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence **U**nique du **M**andat

RUM

Cet élément, renseigné automatiquement lors de la saisie du prélèvement, vous sera ensuite communiqué.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **Syndicat du Personnel Banques/Assurances CGT Auvergne-Limousin** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compter et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat du Personnel Banques/Assurances CGT Auvergne-Limousin.
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 ou dénomination sociale

Votre adresse*

Numéro et nom de la rue

Code postal *Ville*

Les coordonnées de votre compte*

*Joindre un IBAN**

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC

Nom du créancier **Syndicat du Personnel Banques/Assurances CGT Auvergne-Limousin**

Nom du créancier ou dénomination sociale

F R 6 0 Z Z Z 6 1 8 5 6 6

Identifiant du créancier

Caisse d'Epargne d'Auvergne et du Limousin **49 bd de Courtais**

Numéro et nom de la rue

03100 **Montluçon**

Code postal *Ville*

Type de paiement Paiement récurrent/répétitif ☑ Paiement ponctuel ☐

Signé à* *Lieu* : *Date* :

Signature* :

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document disponible auprès de votre banque.

A retourner à l'adresse du SPBA/CGT indiquée ci-dessus ou, par courrier interne, à Alain BARASINSKI, SPBA/CGT Auvergne Limousin, Montluçon-Courtais, BO 3013.	*Zone réservée à l'usage exclusif du créancier*