SYNDICAT FO SERVICES 92

MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SYNDICAT FO SERVICES 92 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT FO SERVICES 92.

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 | 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 *
SYNDICAT FO SERVICES 92
Nom du créancier ou dénomination sociale

*
FR34ZZZ620974
Identifiant du créancier

*
21 RUE ROQUE DE FILLIOL
Numéro et nom de la rue

*
92800
Code Postal

PUTEAUX
Ville

*
FRANCE
Pays

CREDIT COOPERATIF

Siège Social :
33, rue des Trois Fontanot
BP 211
92002 NANTERRE cedex
RCS Nanterre B 349 974 931

Type de paiement *
Paiement répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Prélèvements tous les *
○ 1 Mois ○ 2 Mois ○ 3 Mois ○ 6 Mois ○ 12 Mois

si aucune périodicité du prélèvement n'est cochée, celle-ci sera par défaut mensuelle

Date du premier prélèvement *
Date (de préférence le 5 du mois)

Mondant de chaque prélèvement
Ces montants pourront être réajustés annuellement en fonction des décisions prises démocratiquement au sein du Syndicat concernant l'évolution générale des salaires et le taux de cotisation syndicale.

Signé à *
Lieu | Date

Veuillez signer ici

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