Haut du formulaire

**Mandat de prélèvement SEPA**

Référence Unique de Mandat (RUM) : ACRSAEAASETZT1711220000000002673210

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez UNION DES SYNDICATS PERSONNELS CGT DES AFFAIRES CULTURELLES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de UNION DES SYNDICATS PERSONNELS CGT DES AFFAIRES CULTURELLES. Vous bénéficiez d’un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.   
**Veuillez compléter les champs marqués (\*) et retourner cet imprimé signé à USPAC CGT.**

**Créancier**

Nom : UNION DES SYNDICATS PERSONNELS CGT DES AFFAIRES CULTURELLES

Identifiant (ICS) : FR76ZZZ618666

Adresse : 1 RUE DES QUATRE FILS BAT BOISGELIN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code postal :75003 | Ville : PARIS | Pays : France |

**Données client débiteur**

Nom et Prénom:

Adresse :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code postal : | Ville : | Pays : France |

**Vos coordonnées bancaires**

IBAN\* : FR

*Numéro identification international de compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)*

BIC\* :

*Code International d’identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)*

Type de paiement : répétitif

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Signé à\* : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | le\* : |
| Signature\* : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |