

MANDAT de Prélèvement SEPA

SUD Santé AP-HP



Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Le Syndicat SUD Santé APHP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat SUD Santé AP-HP

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 * SYNDICAT SUD SANTE SOLIDAIRES AP-HP

Nom du créancier

I.C.S * FR57ZZZ393968

Identifiant Créancier SEPA

* HOPITAL SAINT ANTOINE 184 RUE DU FAUBOURG SAINT ANTOINE

Numéro et nom de la rue

* 75012 * PARIS

Code Postal

Ville

* FRANCE

Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à *

Lieu Date JJ MM AAAA

Signature(s) : * Veuillez signer ici

[Signature area]

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du Débiteur

.....
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

.....
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre {NOM DU CREANCIER} et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

.....
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Contrat concerné

COTISATIONS SYNDICALES
Description du contrat : Prélèvement trimestriel à terme échu des cotisations syndicales.

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 ses 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.

A retourner à :

SUD Santé Solidaires AP-HP
Hôpital Saint Antoine
Secteur violet-Bat Erneste DUPRE porte 3
184 rue du Faubourg Saint Antoine
75012 Paris

section :

montant cotisation (trimestriel) :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier