Mandat de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat :.....

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

Vous bénéficiez d'un 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 / Prénom du débiteur	
Votre Adresse	* ..... Numéro et nom de la rue	
	* ..... Code Postal	* ..... Ville
	* ..... Pays	
Les coordonnées De votre	Numéro d'identification international du compte – 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	
	FR57ZZZ393968 Identifiant créancier SEPA	
	HÔPITAL PAUL BROUSSE – 12-14, AVENUE PAUL VAILLANT COUTURIER Numéro et nom de la rue	
	* 94 804 Code Postal	* VILLEJUIF CEDEX Ville
	* FRANCE Pays	
Type de payement	Payement récurrent / répétitif ☐	Payement ponctuel ☐
Signé à :	* ..... Lieu	Date (JJ MM AAAA)
Signature :	Veuillez signer ici	

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.

Contrat concerné : COTISATION 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 Paul Brousse - Pavillon J.J. Rousseau 12-14, av. Paul Vaillant Couturier 94 804 Villejuif Cedex	Section : Montant trimestriel :