



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique de mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat CGT des Personnels du Groupe Banque Palatine à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat CGT des Personnels du Groupe Banque Palatine. 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.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

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

Veillez compléter les champs suivants

Votre nom

Nom et prénom du débiteur

Votre adresse

Numéro et nom de la rue

Code postal

Ville

Coordonnées de
votre compte
bancaire
(RIB joint)

Numéro International du Compte Bancaire IBAN (International Bank Account Number)

Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Créancier

Syndicat CGT des Personnels du Groupe Banque Palatine

Le Péripole - Bâtiment K
10 avenue du Val de Fontenay

94120 FONTENAY SOUS BOIS

Identifiant créancier SEPA

Type de
paiement

Paiement récurrent/répétitif

bimestriel

trimestriel

semestriel

annuel

Date et
signature