

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT:

.....
(Zone réservée au syndicat FO-SIS 87)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la section syndicale FO-SIS 87 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la section syndicale FO-SIS87.

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 et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

IDENTITÉ DU TIERS DÉBITEUR

Mme M. Prénom:..... Nom:.....

Adresse:.....

Code Postal:..... Ville:.....

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR

IBAN:

Numéro d'identification international de compte bancaire (International Bank Account Number)

BIC:..... **TYPE DE PAIEMENT: RÉCURRENT/ RÉPÉTITIF**

Code international d'identification de votre banque (Bank identifier Code)

COORDONNÉES DU CRÉANCIER

SECTION SYNDICALE **FORCE OUVRIERE** des Services d'Incendie et de Secours de la Haute-Vienne
FO-SIS 87.

2 avenue du Président Vincent Auriol 87000 Limoges

IDENTIFIANT SEPA DU CRÉANCIER (ICS) : FR

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

FAIT À :

DATE:/...../.....

SIGNATURE: