Référence Unique du Mandat	**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {Syndicat Autonome UNSA} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {Syndicat Autonome UNSA}.
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.
Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom * ……
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse * ……
Numéro et nom de la rue

Code Postal …… Ville

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 AUTONOME UNSA
Nom du créancier

I. C. S * FR 62 ZZZ 563434
Identifiant Créancier SEPA

Adresse créancier 2 bis square Georges Lesage……
Numéro et nom de la rue

75012 PARIS……
Code Postal Ville

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Signé à * PARIS……
Lieu

Date

Signature(s) * Veuillez signer ici

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