

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le (A) **Syndicat SUD Santé Sociaux 80** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **Syndicat SUD Santé Sociaux 80**

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.



Référence unique de mandat (RUM) :

Identifiant créancier SEPA (ICS) : **FR 16ZZZ567851**

Débiteur :

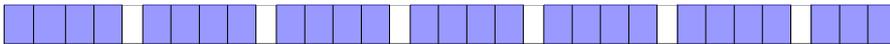
Créditeur :



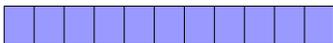
Syndicat SUD Santé Sociaux 80
Centre Hospitalier Philippe Pinel
Route de Paris
CS 74410
80044 Amiens Cedex 1

sudsantesociaux80@hotmail.fr
sudsante@ch-pinel.fr

IBAN (International Bank Account Number) :



BIC (Bank Identifier Code) :



Paiement :

Récurrent/répétitif

Ponctuel

Date et lieu

Signature



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

Veuillez compléter tous les champs de ce mandat

Partie réservée au trésorier départemental