Mandat de prélèvement SEPA	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat de la Santé, de la Médecine et de l'action Sociale : **CFE-CGC SMS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte, conformément aux instructions du syndicat CFE-CGC SMS. 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 du mandat (RUM)		Identifiant créancier SEPA (ICS)	**FR78ZZZ003553**

Débiteur				**Créancier**			
NOM Prénom				NOM	**CFE-CGC SMS**		
Adresse				Adresse	**39 RUE VICTOR MASSÉ**		
Code Postal		**Ville**		Code Postal	**75009**	Ville	**PARIS**
Pays	**FRANCE**			Pays	**FRANCE**		

Coordonnées de votre compte bancaire :

IBAN																														

BIC											

Paiement ☒ Récurrent/répétitif ☒ **Trimestriel**

A : _____ **le :** _____ **Signature :**	***NB :*** *Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

▶ Veuillez compléter les **champs obligatoires indiqués en rouge**
dater - signer et retourner ce mandat - **accompagné d'un RIB** - par courrier ou par mail à :

CFE-CGC SMS - 39 rue Victor Massé - 75009 PARIS / sms@cfecgc-santesocial.fr