MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le SICTAME-UNSA TOTAL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SICTAME-UNSA TOTAL. 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.

Identifiant créancier SEPA (ICS) : | F | R | 1 | 2 | Z | Z | Z | 8 | 5 | A | 0 | C | 5 |

Créancier

Nom du créancier : SICTAME UNSA TOTAL

Adresse (N° et rue) : CSTJF – AVENUE LARRIBAU

Code postal et ville : 64 000 PAU

Pays : FRANCE

Débiteur

Nom du débiteur : ……

Adresse (N° et rue) : …… ……

Code postal et ville : …… ……

Pays : ……

N° de compte IBAN : Merci de joindre obligatoirement votre RIB

F	R																							

Code BIC :

POUR UN PRÉLÈVEMENT RECURRENT ANNUEL

Signature :

Date (jour/mois/année)

…… /…… /……

Lieu …….

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.