Mise en place d'un prélèvement automatique mensuel de vos cotisations

Ce système permet une gestion régulière, d'une part et d'autre, intégrée dans votre budget mensuel.
Pas de souci, pas de surprise, plus d'arriéré de cotisation … à régulariser sur une période longue…

En cas de modifications : de vos coordonnées bancaires, de votre taux de cotisation…, **pensez bien à nous informer !**

Si vous arrêtez votre adhésion : vous n'avez pas de démarche spécifique à faire auprès de votre banque. Il suffit de nous prévenir par lettre ou message électronique ; délai de prévenance d'une dizaine de jours pour prise en compte.

Veuillez s'il vous plaît nous renvoyer cet imprimé en entier dûment complété

PARTIE DÉBITEUR : NOM, PRENOM et ADRESSE DU DÉBITEUR
CHAMPS IBAN – BIC : se reporter à votre RIB pour le compléter
APPOSER VOTRE SIGNATURE à l'emplacement prévu…

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVE D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB) OU POSTAL (RIP)
ACCOMPAGNÉ D'UN CHÈQUE AU LIBELLÉ CGT POUR LE 1er MOIS DE VOTRE ADHÉSION
(pour les nouveaux adhérent-e-s)

L'adhésion prend effet au 1er règlement des cotisations.

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **UNION DEP SYND OUVRIERS C G T**

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **UNION DEP SYND OUVRIERS C G T**

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.

la cgt Vendée

Identifiant créancier SEPA : FR 62 ZZZ 169 129

*Débiteur :		Créancier :	
*Votre Nom		Nom	**UNION DEP SYND OUVRIERS C G T**
*Votre Adresse		Adresse	156 BD LOUIS BLANC
*			BP 227
*Code postal	*Ville	Code postal	85006 Ville LA ROCHE SUR YON CEDEX
*Pays		Pays	FRANCE

*IBAN

*BIC

Paiement : [X] Récurrent/Répétitif [ ] Ponctuel

*A :

Le :

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 du mandat précédés *

Montant mensuel de votre cotisation	, €

TABLEAU CI-DESSOUS À NE PAS COMPLÉTER				
CODE FEDERATION	NOM FEDERATION	PAC à compter du		

rappel : ne pas découper cet imprimé, nous le renvoyer EN ENTIER dûment complété … merci