MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Le syndicat des internes nantais à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du syndicat des internes. 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.

Créancier

Identifiant créancier SEPA (ICS) | F | R | 4 | 1 | Z | Z | Z | 5 | 7 | 5 | 6 | 4 | 6 |

Nom du créancier : **Syndicat autonome des internes des Hôpitaux de Nantes**

Adresse (N° et rue) : **11 rue Gaston Veil**

Code postal et ville : **44 093 Nantes Cedex 1** Pays : France

Débiteur

Nom du débiteur : .....

Adresse (N° et rue) : .....

Code postal et ville : .....

N° de compte IBAN : .....

Code BIC : .....

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

POUR UN PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT ☒ UNIQUE ☐

Date : _____ /_____ /_____

Lieu : _____

Signature

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

Joindre obligatoirement un RIB