

MANDAT de Prélèvement SEPA

Merci de ne pas compléter ce cadre réservé au créancier

Référence
Unique
Du Mandat

+	+	S	N	A	B	F	-										-			/			/							
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNABF Solidaires à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNABF Solidaires.
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
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter obligatoirement les champs marqués d'un astérisque* dans la partie Débiteur – N'oubliez pas de signer le mandat

LE CRÉANCIER

Nom du créancier : **SNABF Solidaires**

ICS : **FR62ZZZ435006**
(Identifiant SEPA du créancier)

Adresse du créancier : **2 rue de la Vrillière**
75001 PARIS FRANCE

LE DÉBITEUR

Votre nom : *
Nom/Prénoms du débiteur

Votre adresse : *
Numéro et nom de la rue

Code postal : * Ville :*

Pays : **FRANCE**

Les coordonnées de votre compte IBAN (Obligatoire : n'oubliez pas de joindre un RIB) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code International d'Identification de votre Banque – BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

A COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT PAR LE DÉBITEUR :

* A : * Le :

* *Votre Signature* :

**A retourner à : SNABF Solidaires — 2 rue de Lavrillière 75001 PARIS
CC : 74-1645**



Syndicat National Autonome du personnel de la BANQUE de France - Solidaires

courrier interne : 74-1645 SNA - adresse postale : 2.rue de la Vrillière Paris 75049 cedex 01
Tél : 01 42 92 40 25 - Fax : 01 42 60 77 42 - sna@banque-france.fr - http://www.snabf.org

Union
syndicale
Solidaires

finances
Solidaires

Cher(e) adhérent(e),

Le SNABF Solidaires vous offre la possibilité de payer votre cotisation annuelle par prélèvement automatique.

Ce mode de paiement présente, en effet, de nombreux avantages par rapport au paiement par chèque, et cela pour vous : rapidité, simplicité, un seul courrier regroupant votre carte d'adhérent et votre justificatif fiscal, comme pour nous : moindre risque d'erreurs, cotisations prélevées à échéance fixe, facilité du suivi et de la gestion.

Si vous souhaitez opter pour ce mode de règlement, celui-ci interviendra fin mars. Vous recevrez chaque année, environ un mois avant la date prévue pour le prélèvement, un courrier de notre part vous informant du montant, du numéro de compte, de la Banque et de la date exacte du prélèvement. En cas de désaccord concernant l'une de ces informations (montant, numéro de compte, Banque), il vous suffira de nous contacter par écrit suffisamment de temps avant la date de prélèvement prévue (délai de 15 jours).

Vous pouvez à tout moment mettre un terme au prélèvement en contactant votre Banque et le Secrétariat du SNABF par courrier ou messagerie (1645-ut).

Si cela vous convient, nous vous remercions de nous retourner, **rempli et signé, le formulaire de demande et d'autorisation de mandat de prélèvement SEPA (au verso du présent courrier) accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB). Celui-ci nous est indispensable.**

Recevez nos amitiés syndicales,

Toute l'équipe du SNABF Solidaires