

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Syndicat CFE-CGC Groupe CDC** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Syndicat CFE-CGC Groupe CDC**.

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.

Nom et adresse du Créancier :
Syndicat CFE-CGC Groupe CDC
56, Rue de Lille
75007 PARIS

Identifiant Créancier SEPA :
FR91ZZ8A567D
RUM : CFE-CGC-GPCDC-2026-

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN

BIC

Type de Paiement : ☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel

Signé le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

A :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format BIC / IBAN)



En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par **Syndicat CFE-CGC Groupe CDC**. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec **Syndicat CFE-CGC Groupe CDC**.

Les frais liés à un impayé éventuel seront à la charge et facturés au débiteur.

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'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus par le règlement européen sur la protection des données personnelles UE 2016/679 (RGPD).