Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)
Le syndicat CGT de l'hôpital de Moze
à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **syndicat CGT de l'hôpital de Moze**
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.

Référence unique du mandat : _____ Identifiant créancier SEPA : **FR35ZZZ672269**

Débiteur :		**Créancier :**	
Votre Nom		Nom	**Syndicat CGT de l'hôpital de Moze**
Votre Adresse		Adresse	**1, rue du Docteur Tourasse**
			B.P. 4
Code postal	Ville	Code postal	**07320** Ville **SAINT-AGREVE**
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.

Les informations contenues dans le présent mandat 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 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.

Fiche d'adhésion au syndicat CGT de l'hôpital de Moze

Vous avez décidé de vous syndiquer à la CGT, nous vous souhaitons la bienvenue parmi nous !

Les informations demandées ci-dessous sont strictement destinées à la CGT et restent confidentielles.

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

Date de naissance : .....

Date d'embauche : .....

Profession : .....

Statut (CCD, CDI, CAE…) : .....

Quotité de temps de travail : .....

Service : .....

Date d'adhésion : .....

J'adhère au prélèvement automatique, ma cotisation mensuelle à prélever sera de : ..... €

Document à retourner, rempli et signé en y joignant un RIB, à votre délégué syndical ou à l'adresse ci-dessous
Syndicat CGT de l'hôpital de Moze B.P. 4 07320 SAINT-AGREVE
Tél. : 06.74.47.66.40 Adresse mail. : cgtmoze@aim.com Site internet : www.cgt-hopital-moze.fr