INSTRUCTIONS POUR LE PAIEMENT FRACTIONNE DE LA COTISATION

1 - Remplir soigneusement l'autorisation de prélèvements ci-dessous,
2 - Joindre obligatoirement : soit un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), soit un Relevé d'Identité Postal (RIP), ou de la Caisse d'Epargne (RICE).
Attention ! Ne pas adresser de chèque annulé.
3 - Envoyer le tout à votre Section départementale SNUipp : 2, square Cantini 13006 - Marseille

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Montant de la cotisation : ..... Indice : .....

Les informations recueillies dans le présent questionnaire ne seront utilisées et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de la gestion, ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles pourront donner lieu à exercice du droit d'accès dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, du 6 janvier 1978.

Mandat de Prélèvement SEPA CORE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat SNU IPP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNU IPP.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Référence Unique Mandat (réservé au créancier) :

Paiement : Récurrent

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Débiteur

Vos Nom Prénom(*) :

……....

Votre Adresse (*) :

……

……

Code postal (*) : ……..……

Ville (*) : ……

Pays (*) : ……...…….

Identifiant Créancier SEPA :

FR 89ZZZ 325 783

Nom : **SNU IPP 13**

Adresse : 2, square Cantini

Code postal : 13006

Ville : Marseille

Pays : **FRANCE**

IBAN (*) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC (*): | | | | | | | | | | |

Le (*) : | | | | | | | | |

A (*) : ……..

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