

ACESAECSEVAAD
RUM (référence unique du mandat). Ne pas remplir, numéro délivré par le SPAgri-CFDT

En signant ce formulaire, vous autorisez :

- le SPAgri à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ;
- votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CFDT.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande éventuelle de remboursement devra 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.

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

N° IBAN
Identification internationale de votre compte bancaire

N° BIC
Code international d'identification de votre banque

Syndicat CFDT créancier : SPAgri-CFDT — ministère de l'Agriculture
78 rue de Varenne 75349 PARIS 07 SP

ICS : **FR74ZZZ629275**

Type de paiement : répétitif mensuel trimestriel semestriel annuel
Choisir la périodicité en cochant une case

Fait à le

Signature :