Syndicat CFTC du Personnel de Crédit Mutuel

BULLETIN D'ADHESION OPERATION PARRAINAGE

✍ A REMPLIR PAR L'ADHERENT ET SON PARRAIN

ADHERENT

Mme, M. NOM : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____

Adresse postale : _____

_____

Mail privé : _____ N° Portable : _____

Mail pro : _____

Catégorie : ◯ Employé ◯ Technicien ◯ Cadre ◯ Retraité

Entreprise : _____

Profession : _____

Date et signature

Je déclare être parrainé(e) par :

PARRAIN

Mme, M. NOM : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse postale : _____

_____

Mail privé : _____ N° Portable : _____

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

✍ A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mandat de Prélèvement SEPA

SEPA Single Euro Payments Area – Espace unique de paiement en euros

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **le Syndicat CFTC du Personnel de Crédit Mutuel** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **Syndicat CFTC du Personnel de Crédit Mutuel.**

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
(code INARIC rempli par la CFTC) _____

Identifiant créancier SEPA : **FR32ZZZ640119**

Débiteur :

Votre Nom : _____

Votre Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Créancier :

Nom : **Syndicat du Personnel de Crédit Mutuel**

Adresse : **Permanence CFTC**
4, Rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen

Code postal : **67000** Ville : **STRASBOURG**

Pays : **France**

IBAN (RIB) : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC (RIB) : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Paiement : ☒ Récurrent/Répétitif

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.

Ne pas oublier de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) comportant votre IBAN et votre BIC.

Syndicat CFTC du Personnel de Crédit Mutuel
4, Rue Frédéric-Guillaume Raiffeisen 670000 STRASBOURG
Téléphone 03 88 14 66 92
http://www.cftc-creditmutuel.fr – courriel : contact@cftc-creditmutuel.fr