MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez le Syndicat National MGEN, à envoyer des instructions à votre Banque pour débiter votre compte, et votre Banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat National MGEN. 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,
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois dans le cas d'un prélèvement non autorisé.

Toutes les zones doivent être complétées :

Nom, Prénom :……
Adresse :……
……
Code Postal : …… Ville : ……

COORDONNEES DU COMPTE :
Identification du compte bancaire (IBAN)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Code d'identification international de votre banque BIC

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Type de paiement : Récurrent

A :…… Le : …… Signature :

Référence Unique de Mandat RUM : ……

Créancier : Syndicat National MGEN 7 square Max Hymans 75013 PARIS **ICS FR54ZZZ85DADF**

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier 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 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.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.