



Référence unique de mandat

(Zone réservée au SNSPP-PATS)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNSPP-PATS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNSPP-PATS. 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 en cas de prélèvement non autorisé

Identité du tiers débiteur

M^{me} M. Prénom* : Nom* :

Adresse* :

Code postal* : Ville* :

*Champs obligatoires

Coordonnées du compte bancaire débiteur

IBAN* :

Numéro d'identification international de compte bancaire (International Bank Account Number)

BIC* :

Code international d'identification de votre banque (Bank Identifier Code)

*Champs obligatoires

Coordonnées du créancier

SYNDICAT NATIONAL DES SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS ET DES PATS DES SDIS DE FRANCE
20 avenue du Général De Gaulle, 33120 Arcachon

Identifiant SEPA du Créancier (ICS) : FR06ZZZ197394

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Fait à* :

Date* : jj/mm/aaaa

Signature* :

*Champs obligatoires

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. 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 client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, 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.