



mandat de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise le syndicat CGT du personnel territorial des petites communes de L.A. à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions du créancier.

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération n°80 de la commission informatique et libertés.

Nom, adresse du CREANCIER	Syndicat CGT du personnel territorial des petites communes de LA 4 rue François Marceau 44600 ST NAZAIRE
N° NATIONAL D'ÉMETTEUR	402803

Nom, prénom du DÉBITEUR	
Adresse du débiteur	
Code postal	
Ville	
Nom de la Banque	
Adresse de la banque	
Code BIC de la banque	
IBAN du débiteur	FR76 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Lieu	Date	Signature du débiteur