



Joindre un  
**RIB**

## MANDAT de prélèvement SEPA

++600969344102002613434.....

Référence unique de mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SYNDICAT CGT PERSONNELS du Conseil Régional Nouvelle Aquitaine à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et conformément aux instructions du SYNDICAT CGT des PERSONNELS du Conseil Régional Nouvelle Aquitaine.

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.

-----  
Veuillez compléter les champs marqués\*

\*Nom prénom : \_\_\_\_\_

\*Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Code postal : \_\_\_\_\_ \*ville : \_\_\_\_\_

France

Les coordonnées IBAN de votre compte :

IBAN :

SEPA : Nom du créancier : SYNDICAT CGT PERSONNELS CRNA

Identifiant du créancier : FR7642559100000801319091575

HOTEL DE REGION 0014 RUE FRANCOIS DE SOURDIS

33077 BORDEAUX CEDEX

Type de paiement : paiement /répétitif

Signé à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Veuillez signer ici :

A retourner à :

SYNDICAT CGT CRNA  
9 RUE DES FRERES MAGEN  
BOURSE DU TRAVAIL  
47000 AGEN

Cadre réservé à l'usage exclusif du créancier