

Cadre réservé à l'UL CGT d'Antibes :

PAC ☐ FICHE ☐ Esp/Chq ☐ Mandat ☐ HUB ☐ ORGA ☐ Cogitiel ☐

RUM :

***JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL**

INFORMATIONS ENTREPRISE

Nom entreprise :Fédération :

INFORMATIONS SYNDIQUÉE

Je soussigné(e) : ☐ M. ☐ Mme ☐ Autre

NOM-PRENOM :

Adhère à l'Union Locale CGT d'Antibes

Date de naissance :

Nationalité : Française ☐ Autres :

Adresse :

Suite adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone personnel :

Email :

Statut : CDI ☐ - CDD ☐ - Retraité·e ☐ - Privé·e d'emploi ☐ - Intérimaire ☐ - Autre ☐

Catégorie : Ouvrier·e ☐ - Employé·e ☐ - Technicien·ne ☐ - Agent·e de maîtrise ☐ - Ingénieur·e ☐
Cadre ☐ - Enseignant·e ☐ - Autre ☐



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA – Merci de compléter tous les champs

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) L'UL CGT Antibes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'UL CGT Antibes. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Identifiant Créancier SEPA :

FR39ZZZ634243. UL CGT ANTIBES - 5, avenue Jules Blanc - 06600 Antibes

Nom et Prénom de la personne débitrice :

.....

IBAN

BIC

Date du premier prélèvement : | 1 | 15 | / | | | / | | | | |

Montant prélevé :

.....

Périodicité prélèvement : mensuelle ☐ / bimestrielle ☐

Signature de la personne débitrice :

Prélèvement : Récurrent (répétitif) ☐ / Ponctuel ☐

Fait à....., le