

**Mandat de  
prélèvement  
SEPA**



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

**Le syndicat CGT du Centre Hospitalier  
des Pays de Morlaix**

**Syndicat CGT du Centre hospitalier  
des pays de Morlaix**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.



Référence Unique du

Mandat :

Débitéur :

Votre Nom

Votre  
Adresse

Code postal

Pays

IBAN

BIC

A :

Identifiant Créancier

SEPA :

Créancier :

Nom

Adresse

Code postal

Pays

FR79ECH645481

**Syndicat CGT  
du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix  
15 rue Kersaint Gilly**

BP 97237

29672 Ville MORLAIX cedex

France

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel

Le : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

--

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Veillez compléter tous les champs du mandat.**

**Fiche d'adhésion au syndicat CGT du Centre hospitalier des pays de Morlaix**



Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

.....

Numéro de téléphone : .....

Numéro de téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Service : .....

Grade ou fonction : .....

Indice majoré : .....

Quotité de temps de travail : .....

*Document à retourner, rempli et signé en y joignant un RIB, au local syndical CGT du CHPM.*

Syndicat CGT du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix 15 rue Kersaint Gilly BP 97237 29672 MORLAIX CEDEX

☎ 02 98 62 61 60 poste: 73 23 Portable: 06 58 96 23 19 ✉ cgt@ch-morlaix.fr