

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA SNUDI FO SECTION OISE**  
(à retourner au SNUDI FO OISE accompagné d'un RIB)

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

**\*Coordonnées du débiteur**

\*NOM : \_\_\_\_\_ \*PRENOM : \_\_\_\_\_

\*ADRESSE : \_\_\_\_\_

\*IBAN : \_\_\_\_\_

\*BIC : \_\_\_\_\_

\*A \_\_\_\_\_, \*Le \_\_\_\_\_

\*Signature du débiteur (joindre un RIB ou un IBAN)

(Il vous est conseillé de conserver une copie de ce mandat)

**Coordonnées du créancier**

SNUDI FO SECTION OISE  
BOURSE DU TRAVAIL, RUE FERNAND PELLOUTIER  
60100 CREIL

ICS : FR48ZZZ586869

RUM (référence unique de votre mandat) : **EN COURS**

Type de paiement : Récurrent

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'oppositions, 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.

Les prélèvements se **feront le 01 de chacun des mois cochés** ci-dessous (montant du prélèvement = cotisation / nombre de mois, sauf avis contraire).

**10 MOIS AU MAXIMUM**

Cochez les mois

JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL
MAI	JUIN	JUILLET	AOUT
SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE