



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Règlement par chèque(s)

ou prélèvements automatiques*

* Si je choisis le prélèvement automatique, je fournis un RIB et je complète également le Mandat de prélèvement ci-dessous

Nom : _____

Prénom : _____

Grade : _____

Service : _____

Coordonnées personnelles

Adresse : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Coordonnées professionnelles

Site : _____

Mail : _____

Téléphone : _____

Mandat de prélèvement	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SYNDICAT FO HOSPITALIER à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SYNDICAT FO HOSPITALIER	
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 : <u>COTISATION FO</u>	Identifiant créancier : <u>FR60ZZZ398376</u>
Débitéur :	Créancier :
Votre Nom _____	Nom <u>SYNDICAT FO HOSPITALIER</u>
Votre Adresse _____	Adresse <u>Place du Docteur Baylac</u>
Code postal _____ Ville _____	Code postal <u>31059</u> Ville <u>TOULOUSE</u>
Pays _____	Pays <u>FRANCE</u>
IBAN <input type="text"/>	
BIC <input type="text"/>	Paiement : <input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
A : _____	Le : <input type="text"/>
Signature : <input type="text"/>	
Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.	
Veuillez compléter tous les champs du mandat.	

