



Mandat de Prélèvement SEPA

RUM (Référence Unique du Mandat)	----- (numéro attribué par le smps)	Syndicat des Managers Publics de Santé
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SMPS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SMPS.</p> <p>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.</p>		

Adhérent Nom et prénom :	
Adresse :	
Code Postal : ____ Ville :	
<u>Le débiteur</u>	
Nom et Prénom (si différent adhérent) :	
Les coordonnées du compte :	
IBAN	-----
BIC	-----
<u>Le créancier</u>	
Nom du créancier :	Syndicat des Managers Publics de Santé
Identifiant Créancier SEPA :	FR81 ZZZ 275 778
Adresse du créancier :	47, Boulevard de l'Hôpital 75 651 PARIS cedex 13
Type de paiement : Paiement récurrent / Répétitif	
Signé à Le ____	
SIGNATURE	<div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 40px;"></div>
<p>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 rectifications 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.</p>	
A retourner au SMPS	accompagné d'un RIB