

Adhésion

Réactualisation

VOS COORDONNÉES

NOM Nom de jeune fille

Prénom Date de naissance

Adresse personnelle

.....

Code postal Ville

Tél Portable e-mail

SITUATION ADMINISTRATIVE

Stagiaire

Titulaire

Retraité-e

Date d'entrée dans l'Education nationale Échelon : Indice :

Temps de service : Temps Plein Temps partiel Quotité :

Grade : Classe Normale Hors Classe Classe Exceptionnelle

1ère Classe 2ème Classe Classe Supérieure

• **ENSEIGNANT** : PE Instit Certifié-e PEPS CPE PLP Agrégé-e Psy EN

Fonction (*PE/instit*) ou Discipline (*Certifié, Agrégé, PLP*) :

• **ADMINISTRATIF, TECHNICIEN, SANTÉ, SOCIAL :**

ADJAENES SAENES AAENES Conseiller Tech. Serv. Soc. Assist. Serv. Social

Médecin Infirmier/Infirmière Technicien Labo Adjoint technique Labo

Autre :

• **NON TITULAIRES :**

Contractuel Vacataire AESH CUI/CAE Assistant d'Éducation Assistant Pédagogique

Autre :

VOTRE LIEU D'AFFECTION

Type (École, Collège, Lycée, IEN, Rectorat...) :

NOM :

Adresse administrative :

.....

Code postal Ville

Numéro d'immatriculation de l'établissement (*facultatif*) :

MANDAT de Prélèvement SEPA

SDEN CGT 76

Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) *{NOM DU CREANCIER}* à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de *{NOM DU CREANCIER}*.

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.

Veillez compléter les champs marqués *

Votre Nom *
Nom / Prénoms du débiteur
Votre adresse *
Numéro et nom de la rue
* *
Code Postal Ville
*
Pays

Les coordonnées de votre compte *
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
*
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)

Nom du créancier S.D.E.N. CGT de Seine Maritime
I.C.S FR31ZZZ454867
26 Avenue Jean Rondeaux
76 100 ROUEN
France

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à *
Lieu Date JJ MM AAAA

Signature(s) : * Veuillez signer ici

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.
Code identifiant du débiteur
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre *{NOM DU CREANCIER}* et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
Code identifiant du tiers débiteur
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.
Code identifiant du tiers créancier
Contrat concerné
Numéro d'identification du contrat
Description du contrat

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.

A retourner à : SDEN CGT Seine Maritime
187 rue Albert Dupuis
76 000 ROUEN

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier