

1. Vos informations	
NOM	
PRENOM	
SALAIRE ANNUEL	
1% DU SALAIRE ANNUEL	
ADRESSE POSTALE COMPLÈTE	
IBAN ENTIER	
CODE BIC/SWIFT	
RUM <i>(ne pas remplir)</i>	

2. Récurrence du prélèvement					
Mensuelle	Bimestrielle	Trimestrielle	Quadrimestrielle	Semestrielle	Annuelle

3. Montant du prélèvement	
1% du salaire annuel	
Périodicité	€

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) le SAMB-CGT, l'Organisme créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du syndicat des artistes musiciens de bourgogne-cgt. 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. Les informations contenues dans le présent mandat 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, d'effacement, de portabilité, de limitation et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, par courrier à l'adresse du créancier

FAIT À

LE (DATE)

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT