



 M.

NOM :

Prénom :

Date de naissance : / / N° DGFIP (AGORA) :

Direction : Service / Résidence :

Grade : Échelon : Indice :

☐ Temps complet ☐ Temps partiel : % Date d'entrée dans l'administr. :

Tél. pro : Tél. perso (facultatif) :

Adresse d'envoi de la presse :

Code postal/Cedex : Ville :

Mail professionnel :@dgfip.finances.gouv.fr

Mail personnel :@.....fr

A le / /

Signature :

Je désire le prélèvement automatique de ma cotisation : ☐ NON

 OUI

Mandat de prélèvement SEPA _____

En signant ce formulaire, vous autorisez la CGT Finances Publiques à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

Titulaire du compte à débiter :

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

IBAN

Paielements: ☒ Récurrent / Répétitif ☐ Ponctuel

Le *, à *

Tiers débiteur si différent du titulaire du compte à débiter

Nom et prénom * :

*** Champs à remplir obligatoirement**

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

... A remettre à
une militante,
un militant,
accompagné
d'un Relevé
d'Identité
Bancaire
(si l'option «prélèvement
automatique» a été choisie).

Tu peux nous joindre :

▶ par courriel :

.....@.....

▶ par téléphone :

► adresse :

Nom et prénom * :

Signature *