



**EPSM caen**



15 ter rue Saint Ouen - 14012 CAEN  
Tél / répondeur: 02.31.30.80.43 ligne directe (en interne Poste 80 43)  
Fax : 02.31.30.50.55 - Email : [cgtchscaen@gmail.com](mailto:cgtchscaen@gmail.com)

**Secrétariat chargé de l'Organisation, de la Communication  
et de la Trésorerie**



**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

NOM.....  
PRENOM.....  
DATE DE NAISSANCE.....  
GRADE.....  
ADRESSE.....  
CODE POSTAL..... VILLE.....  
TELEPHONE.....PORTABLE.....  
EMAIL.....

**MODALITE DE PAIEMENT DE LA COTISATION**

DATE D'ADHESION : Mois.....Année.....

MONTANT COTISATION..... CHEQUE  P.A.C

(1% du salaire net)

(Prélèvement Automatique de la Cotisation)

Par décision du 2<sup>ème</sup> congrès de la CGT du CHS du 24 janvier 1994, la cotisation augmente de 0,15 € mensuels tous les ans

**RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS**

SECTEUR.....

SERVICE.....N° POSTE.....

TELEPHONE.....

ADRESSE PROFESSIONNELLE (pour les structures extra-hospitalières)

HORAIRE DE TRAVAIL.....JOUR  NUIT

DATE.....SIGNATURE

# MANDAT de Prélèvement SEPA



Référence Unique du Mandat : .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le syndicat CGT de l'EPSM de Caen à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du syndicat CGT de l'EPSM de Caen.

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.

Veuillez 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 \* SYNDICAT CGT EPSM DE CAEN  
Nom du créancier

I.C.S \* FR39ZZZ386726  
Identifiant Créancier SEPA  
\* 15 ter RUE SAINT OUEN  
Numéro et nom de la rue  
\* 14000 \* CAEN  
Code Postal Ville  
\* FRANCE  
Pays

Type de paiement : \* Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

Signé à \* .....  
Lieu Date JJ MM AAAA

Signature(s) : \* Veuillez signer ici  
\*  
[Signature box]

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

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 :  
Syndicat CGT EPSM de Caen  
15 ter Rue St OUEN  
14012 CAEN cedex

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier