

<p><b>MANDAT de Prélèvement SEPA</b></p> <p>Référence unique du mandat (RUM) :</p>	 <p><b>Syndicat EuroDisney</b>  <b>CFTC</b>  <b>Bâtiment des Syndicats</b>  <b>77777 Marne la Vallée Cedex 4</b></p> <p>Tél. 06 68 05 81 39  <a href="mailto:cftc.section.eurodisney@gmail.com">cftc.section.eurodisney@gmail.com</a></p>
--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Syndicat EuroDisney CFTC, à envoyer à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du Syndicat.

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.

**Veillez compléter les champs marqués \***

Votre Nom \* \_\_\_\_\_  
Nom / Prénom du débiteur

Votre Adresse \* \_\_\_\_\_  
Numéro et nom de la rue  
 \* \_\_\_\_\_  
Complément de rue  
 \* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_  
Code Postal Ville  
 \* \_\_\_\_\_  
Pays

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)

**Votre créancier**

**SYNDICAT EuroDisney**  
**CFTC**  
**Bâtiment des Syndicats**  
**77777 Marne la Vallée Cedex 4**

N° identification ICS : **FR14ZZZ8838CB**

**Signature du Titulaire précédée de la mention Bon pour Accord**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ Signature.