

---

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT SEPA

---

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SNPPL à prélever sur votre compte la cotisation annuelle correspondant à votre affiliation.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre demande. Le délai pour le remboursement d'un encaissement non autorisé est de 13 mois.

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Rue et numéro :

Code postal et localité :

Pays :

Tél. bureau :

Tél. privé :

GSM :

Statut\* :

*Fonctionnaire*

*Employé(e)*

*Stagiaire*

Groupe de traitement :

*C1*

*B1*

*A2*

*A1*

Situation professionnelle\* :

*Actif(ve)*

*Retraité(e)*

*Veuf(ve)*

Compte bancaire (IBAN) : \_\_\_\_\_

Banque (BIC / SWIFT) : \_\_\_\_\_

J'autorise le SNPPL et la CGFP à transmettre mes données personnelles pour défendre les intérêts spécifiques à mon statut.

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_