



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le **Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du **Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest**.

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.

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

COTISATION SIMGO

Paiement : Récurrent

Identifiant Créancier SEPA : FR70ZZZ855F2B
SYNDICAT DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE L'OUEST
CHU de Nantes –Hôtel Dieu – Internat
11 rue Gaston Veil - 44093 Nantes Cedex 01

Titulaire du Compte à Débiter :

Nom et Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

BIC : _____

IBAN : _____

Fait le :

A :

Signature :