Identifiant Créancier SEPA (ICS)	FR11ZZZ449504

ORGANISME CREANCIER
CGC PRESSE
Immeuble Le Phare - 455 Promenade des Anglais
06200 NICE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CGC PRESSE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CGC PRESSE. 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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé, et vois droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM – PRÉNOM ..... [ ]

DATE DU PREMIER PRÉLÈVEMENT [/ /2025] (dernier jour du 1er mois de prélèvement)

MONTANT DE LA COTISATION..... [250,00 €]

PÉRIODICITÉ DES ÉCHÉANCES ... ❑ mensuelle 20,83 € ❑ trimestrielle 62,50 € ❑ semestrielle 125,00 € ❑ annuelle 250,00 €

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom, prénom .....

Adresse .....

.....

Code postal..... Ville .....

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Nom.....

Adresse .....

.....

Code postal..... Ville .....

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

pays			clé	code banque			code guichet			numéro			de			compte			clé	BIC						

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (IBAN)

DATE ..... [/ /2025]

SIGNATURE ..... [ ]