Mode d'emploi et informations relatives au prélèvement automatique de votre cotisation annuelle à la SFMG.

- Remplir les deux parties de l'imprimé (haute et basse)
- Ne pas oublier de dater et de signer chacune des parties
- Joindre un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.)
- Indiquer l'adresse complète de votre agence bancaire ou postale

L'utilisation du prélèvement comme mode de règlement permet un échelonnement du versement de votre cotisation en deux échéances.
Chacune de ces deux échéances sont prélevées tous les cinq du mois avec un intervalle de trois mois entre chaque échéance.

Conditions de prélèvement :

L'autorisation de prélèvement est donnée pour une durée illimitée.
Sa suppression est possible par simple courrier auprès de votre établissement bancaire.

DEMANDE DE PRELEVEMENT

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

NOM, PRENOMS, ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DE L ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

COMPTE A DEBITER

Banque	Guichet	N° de compte	Clé
|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|

Date : Signature

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE

141, AVENUE DE VERDUN
92130 ISSY LES MOULINEAUX

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.

✂----------

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Numéro national d'émetteur	465196

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOMS, ET ADRESSE DU DEBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
	SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE 141, AVENUE DE VERDUN 92130 ISSY LES MOULINEAUX

COMPTE A DEBITER

Banque	guichet	N° de compte	Clé
|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|

Date : Signature

NOM et ADRESSE DE L'ETABT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

_____

_____

\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_____

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.).