**AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT SEPA**

☐ **Madame** ☐ **Monsieur** ☐ **Divers**

**Nom:**

**Prénom:** **Date de naissance:**

**Rue** **N°:**

**Localité** : **Code postal:**

**Email professionnel :**  **Email privé** **:**

**Profession :**

**Administration :** ☐ CC ☐ EF ☐ ES ☐ Autre **:**

**Statut :**  ☐ Fonctionnaire ☐ Employé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre **:**

**Carrière :**  ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ C1 ☐ Autre **:**

**En signant ce formulaire de mandat, j’autorise le SPEBS/ CGFP à prélever sur mon compte la cotisation annuelle correspondant à mon affiliation.**

Compte bancaire (IBAN) :

Banque (BIC / SWIFT) :

**Date et Signature :**

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.

Renvoyer à

**SPEBS asbl**

1, rue des Champs

L-3327 Crauthem

[ou par mail à](mailto:ou mail à)

[**tresorier@spebs.lu**](mailto:tresorier@spebs.lu)