

En signant ce mandat, vous autorisez la **F.G.T.B. HORVAL – Alimentation – Ho.Re.Ca. – Services – Secteurs Verts – Titres services** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **la F.G.T.B. HORVAL – Liège-Huy-Waremme**.  
 Vous bénéficiez d'un droit de 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 compte.

**Mandat**

Référence du mandat <sup>(1)</sup> ..... : .....  
 Type d'encaissement ..... : Récurrent  
 Motif : Perception mensuelle des cotisations syndicales de l'Affilié(e) (A)  
 Date du premier prélèvement souhaité : .....

**Créancier**

Nom et adresse **F.G.T.B. HORVAL Alimentation**  
 Place St-Paul 9 – 11 4000 LIEGE  
 Numéro du créancier **00000329602**

**ENTREPRISE et SECTEUR :** .....  
**Nombre d'heures prestées par semaine :** ..... **Affilié à partir de :** .....

**Affilié(e) (A)**

**Nom/prénom** ..... : .....  
**Adresse officielle** ..... : .....  
**Numéro de registre national** ..... : .....  
**Téléphone – GSM** ..... : .....  
**Adresse mail** ..... : .....  
**Nationalité**..... : .....

**Compte à débiter**

**Numéro de compte (IBAN)<sup>(2,3)</sup>** ..... : .....  
**Code BIC de la banque**..... : .....  
 Vous trouverez votre numéro de compte IBAN et le code BIC sur vos extraits de compte : pour un compte belge, l'IBAN comprend 16 caractères, le BIC 8 ou 11 caractères (le code BIC est facultatif pour les comptes belges).

**Titulaire du compte à débiter (à ne compléter que si différent de l'affilié(e))**

Nom ..... : .....  
 Adresse officielle ..... : .....  
 Numéro de registre national (ou banque-carrefour) ..... : .....

<sup>(1)</sup> Si ce n'est pas pré-complété, reprenez ici : le numéro de registre national (R) / la date (D) en format aaaammjj / (et si 2 mandats pour un même n° de registre national, également une lettre A, B, C, ...)  
<sup>(2)</sup> Ce numéro de compte IBAN sera également utilisé pour le remboursement de tout montant en votre faveur.  
<sup>(3)</sup> Si différent du membre, ce document doit être signé par le titulaire du compte



A  
C  
O  
M  
P  
L  
E  
T  
E  
R  
U  
N  
I  
Q  
U  
E  
M  
E  
N  
T  
C  
E  
Q  
U  
I  
E  
S  
T  
E  
N  
R  
O  
U  
G  
E

|                                                         |   |                                                                              |
|---------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------|
| Référence du mandat.....                                | : | .....                                                                        |
| Entre .....                                             | : | <b>F.G.T.B. HORVAL - Liège-Huy-Waremme</b>                                   |
| .....                                                   | : | <b>Alimentation – Ho.Re.Ca. – Services –Secteurs Verts – Titres services</b> |
| Représenté(e) par                                       | : | .....                                                                        |
| Nom .....                                               | : | <b>Eric DUCHESNE &amp; Patrick REHAN - Secrétaires Régionaux</b>             |
| Adresse .....                                           | : | <b>Place Saint-Paul 9</b>                                                    |
|                                                         | : | <b>4000 LIEGE</b>                                                            |
| Et                                                      | : | .....                                                                        |
| Nom .....                                               | : | .....                                                                        |
| Adresse officielle .....                                | : | .....                                                                        |
|                                                         | : | .....                                                                        |
| Numéro de registre national (ou banque-carrefour) ..... | : | .....                                                                        |
| Nommé ci-après : <i>le débiteur</i>                     | : | .....                                                                        |

## Préambule

En signant le mandat de domiciliation européenne SEPA, le débiteur opte pour le paiement par domiciliation des cotisations syndicales. La domiciliation européenne dont référence sous rubrique sera active dès que la présente convention et le mandat de domiciliation européenne seront signés.

Cette convention fixe les conditions de perception et de communication des différents tarifs des cotisations syndicales au sein de la section régionale de l'affilié(e) pour qui les cotisations sont payées par le débiteur.

Afin d'éviter tout frais bancaire, veuillez approvisionner votre compte financier pour l'exécution de ce mandat

**Article 1<sup>er</sup>** : par l'activation de la domiciliation européenne et uniquement à partir de ce moment-là:

- le débiteur n'aura plus à se préoccuper du paiement des cotisations syndicales;
- toutes les cotisations syndicales en cours et à venir seront payées automatiquement via cette domiciliation.

**Article 2** : information sur les paiements

- le débiteur ne recevra pas de version papier des paiements effectués.

**Article 3** : taux des cotisations syndicales

- Le taux des cotisations syndicales sera communiqué soit directement auprès de la section régionale soit via tout autre moyen de communication mis en place par notre organisation (site web, publications diverses, ...).
- Le taux de cotisation appliqué dépend de la situation professionnelle communiquée à la section régionale. En cas de changement de cette situation, le débiteur est tenu d'informer immédiatement la section régionale.

**Article 4** : pré-notification

La présente convention fait office de pré-notification telle que régie par les dispositions légales belges et européennes. Aucune autre notification ne vous sera adressée durant la validité du présent mandat. Le créancier pourra utiliser le présent mandat à compter de 14 jours après la date de signature du mandat.

Date: ..... Lieu: .....

Signature du titulaire du compte :

Pour réception :

➔ A rentrer à votre délégué(e) syndical(e) ou à nous renvoyer à la **F.G.T.B. HORVAL – Place St-Paul 9-11 4000 LIEGE**  
➔ A compléter les informations en rouge