

Mandat de domiciliation Européenne SEPA (B2C)

1^{er} assuré Je soussigné (e) (Nom et Prénom)

2^{ème} assuré Je soussigné (e) (Nom et Prénom)

Réf. du mandat (réservé à la caisse) (matricule CGP, numéro de membre CGP)

autorise la Caisse Générale de Prévoyance à débiter mon / notre compte pour le montant de la cotisation annuelle avec droit au remboursement. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon/notre compte.

Code BIC/SWIFT

IBAN

Créancier Caisse Générale de Prévoyance 51, rue de Strasbourg - L-1251 Luxembourg

Identifiant du Créancier LU6ZZZ0000000008398001001

Nous garantissons par la présente que vos données personnelles seront protégées conformément aux règles mises en place par la Commission Nationale de Protection des Données et aux dispositions de la loi luxembourgeoise du 1er août 2018.

Fait à le _____ _____
(Signature 1^{er} Assuré) (Signature 2^{ème} Assuré)