

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :
Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MSA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MSA.

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 votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom /	*
Raison sociale		Nom / Prénom du débiteur
N° Immatriculation /	*	<input type="text"/>
N° Entreprise		
Votre adresse	*
	*
	*
	*
Les coordonnées	*	<input type="text"/>
de votre compte		Numéro d'identification international du compte bancaire — IBAN (International Bank Account Number)
Joindre un relevé	*	<input type="text"/>
d'identité bancaire		Code international d'identification de votre banque — BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier	*	MSA AUVERGNE
		Nom du créancier
	*	FR52ZZZ558376
		Identification du créancier ICS
Adresse	*	16 rue Jean Claret
	*	63972 CLERMONT FERRAND CEDEX 9
	*
	*
	*	FRANCE
		Pays
Type prélèvement	*	Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
Objet du MANDAT	*	* Cotisations Non Salariés <input type="checkbox"/> Cotisations Salariés <input type="checkbox"/> Echancier contentieux <input type="checkbox"/>
Signé à	*
		Lieu
Signature(s)	*
		Date (JJ MM AAAA)
	*	Veillez signer ci-dessous :
		<input type="text"/>

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
MSA AUVERGNE 16 RUE JEAN CLARET 63972 CLERMONT FERRAND CEDEX 9	