

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :
Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MSA Grand Sud à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MSA Grand Sud.
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 /	*	1
Raison sociale	Nom / Prénom du débiteur	
N° Immatriculation / N° Entreprise	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Votre adresse	*	2
	*	2
	*	2
	*	2
Les coordonnées de votre compte	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
Nom du créancier	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
	* MSA GRAND SUD	1
Adresse	* Nom du créancier	
	* FR06ZZZ513323	2
	Identification du créancier ICS	
	* 6 RUE DU PALAIS	2
Type de paiement	*	2
	* 11011 CARCASSONNE CEDEX 9	2
	* FRANCE	2
Objet du Mandat	* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Signé à	*	
Signature(s)	Lieu <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	* Veuillez signer ci-dessous :	Date (JJ MM AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 accompagné d'un RIB à: Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

MSA GRAND SUD
6 RUE DU PALAIS
11011 CARCASSONNE CEDEX 9

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères