

Vos coordonnées bancaires peuvent également être utilisées pour tout remboursement éventuel de cotisations.

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	*	1
	Nom / Prénom du débiteur	
N° Immatriculation	* <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
Téléphone	* <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"/>	
E-Mail	*@.....	
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)	
	* <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)	
Nom du créancier	* MSA Poitou	1
	Nom du créancier	
	* FR46ZZZ126446	2
	Identification du créancier ICS	
Adresse	* 37 Rue du Touffenet	2
	* 86042 POITIERS Cedex	2
	* FRANCE	2
Type de paiement	* aux appels provisionnels et/ou annuel..... <input type="checkbox"/>	
Objet du Mandat	* COTISATIONS DES NON SALARIES	
Signé à	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Lieu	
	Date (JJ MM AAAA)	
Signature(s)	* Veuillez signer ci-contre : <input style="width: 200px; height: 30px;" type="text"/>	

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

Une fois complété, ce mandat accompagné d'un RIB est à déposer directement sur le site de la MSA Poitou via le service en ligne « Contact & échanges » puis « Envoyer un document » ou à adresser à l'adresse suivante : MSA Poitou, 37 rue du Touffenet 86042 Poitiers Cedex

La MSA POITOU traite les données recueillies pour gérer l'autorisation de prélèvement. Conformément à la loi « Informatique et Liberté », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données qui vous concernent. Pour l'exercer, adressez-vous à :
DPO, MSA POITOU, 37 rue du Touffenet, 86000 POITIERS.

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