



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 :

- ü dans les 8 semaines suivant la date de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- ü 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			
Votre adresse	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
Les coordonnées	*		
de votre compte		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
<i>Joindre un relevé</i>	*		
<i>d'identité bancaire</i>		Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	MSA ARDECHE DROME LOIRE	1
		Nom du créancier	
	*	FR58ZZZ580287	2
		Identification du créancier ICS	
Adresse	*	29 RUE FREDERIC CHOPIN	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	26000 VALENCE	2
	*	.....	2
	*	FRANCE	2
		Pays	
Type de paiement	*	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"/>	
Signé à	*	.....
		Lieu	
Signature(s)	*	.....
		Date (JJ MM AAAA)	
	*	Veuillez signer ci-dessous :	

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

A retourner à : MSA ARDECHE DROME LOIRE	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
43 AVENUE ALBERT RAIMOND	
BP 80051	
42257 SAINT-PRIEST-EN-JAREZ CEDEX	

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