santé
famille
retraite
services

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 / Raison sociale * 1
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)

Joindre un relevé d'identité bancaire * ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
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
* FRANCE 2
Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Objet du Mandat * Cotisations Non Salariés ☐ Cotisations Salariés ☐

Signé à * ..... ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Lieu — Date (JJ MM AAAA)

Signature(s) * 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
43 AVENUE ALBERT RAIMOND
BP 80051
42257 SAINT-PRIEST-EN-JAREZ CEDEX

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

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