santé
famille
retraite
services

Armorique - Mayotte

Mandat de Prélèvement 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 / ……..
Nom/Prénom du débiteur

N° Immatriculation/ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Votre adresse ……
……
……
……

Les coordonnées de votre compte ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐
Numéro d'Identification International du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier MSA D'Armorique
FR 18 ZZZ 111236 (identification du créancier ICS)

Adresse 3, rue Hervé de Guébriant
29412 LANDERNEAU – France

Type de paiement Récurrent/Répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Objet du Mandat Cotisations non salariées ☐ Plan de Paiement ☐ Mensualisation ☐

Signé à …… ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Lieu Date (JJ MM AAAA)

Signature Veuillez signer ci-dessous :

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir aurprès de votre banque

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (au format IBAN BIC)