

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :
 Référence Unique du Mandat

(Zone réservée MSA)

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 /	*
Raison sociale		Nom / Prénom du débiteur
N° Immatriculation / N° Entreprise	*	<input type="text"/>
Votre adresse	*
	*
	*
	*
Les coordonnées de votre compte	*	<input type="text"/>
		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)
	*	<input type="text"/>
		Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier		MSA des CHARENTES
Identifiant créancier SEPA	*	FR18ZZZ120936
Adresse	*	CS 60000 - 1 Boulevard de VLADIMIR
		17 106 SAINTES Cedex
	*	FRANCE
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
Objet du Mandat	*	COTISATIONS 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-dessous : <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

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

A retourner dûment complété, daté et signé et accompagné d'un RIB du compte à débiter à l'adresse suivante :

MSA des Charentes - CS 60000 – 1 Boulevard de Vladimir- 17106 SAINTES Cedex