

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.

Sans tarder et au plus tard dans les 15 mois en cas de prefevement non autonse.	
Votre Nom / Raison sociale	*
	No.III / I Tollotti da dosticali
N° Immatriculation / N° Entreprise	
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 des CHARENTES
Identifiant créancier SEPA	* FR18ZZZ120936
Adresse	* CS 60000 - 1 Boulevard de VLADIMIR
	17 106 SAINTES Cedex
	* FRANCE
Type de paiement	* Paiement récurrent / répétitif X
Objet du Mandat	* COTISATIONS SALARIES
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 dûment complété, daté et signé et <u>accompagné d'un RIB</u> du compte à débiter à l'adresse suivante :	

MSA