santé
famille
retraite
services

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 * ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

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 ALPES VAUCLUSE

Identifiant créancier SEPA * FR86ZZZ192171

Adresse * 1 Place des Maraîchers – CS 60505

84056 AVIGNON Cedex 9

* 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 ALPES VAUCLUSE
1 Place des Maraîchers – CS 60505
84056 AVIGNON Cedex 9