



**MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE ET DE SANTÉ**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
SIREN N° 432 683 787

Le

M

N° Sécurité Sociale

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle de Prévoyance et de Santé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle de Prévoyance et de Santé.

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 débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR 09 ZZZ 386781

Mutuelle de Prévoyance et de Santé
13 rue de la Mairie
92324 CHATILLON CEDEX – France
Périodicité mensuelle

Titulaire du compte à débiter

Les champs marqués par une * sont obligatoires

* NOM – Prénom

* Adresse

Complément d'adresse

* Code postal * Ville

Grid for IBAN coordinates

* Coordonnées du compte à débiter - IBAN

Fait à

Signature

Grid for BIC code

* Code International d'identification de la banque - BIC

Le

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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner avec un relevé d'identité bancaire à :
Mutuelle de Prévoyance et de Santé – 13 rue de la Mairie – 92324 CHATILLON CEDEX