ADHESION AU PRELEVEMENT MENSUEL DE LA PARTICIPATION A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

Je soussigné(e) [Nom et Prénom]_____

Résidant au [Adresse1]_____]_____
[Adresse 2]_____
[CP]_____Ville_____

Accepte que les participations financières à la complémentaire santé solidaire dues par mon foyer et déterminé lors de mon adhésion ou de mon renouvellement, soient prélevées le 15 de chaque mois.

Fait à _____ **Le** ____/____/_____ **Signature**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de MANDAT : _____

☐ **Cocher cette case si le titulaire du compte bancaire n'est pas le demandeur ci-dessus désigné**

TITULAIRE DU COMPTE BANCAIRE :

ADRESSE :_____
_____

COMPTE A DEBITER :

Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN (International Bank Account Number)

Numéro d'identification de votre banque BIC (Business Identifier Code)

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. 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.

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

Le ___ /___ /_____ **Signature**
(Titulaire du compte bancaire à débiter)

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

[NOM DE LA CAISSE]

[ADRESSE 1]
[ADRESSE 2]
[ADRESSE 3]
[ADRESSE 4]

N° IDENTIFIANT DU CREANCIER

[13 caractères]