santé
famille
retraite
services

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM:

Référence Unique du Mandat

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 débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
. sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos nom/prénom

_ _

Nom/Prénom du débiteur

N° Immatriculation |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Votre adresse _

_ _

Les coordonnées de votre compte

(JOINDRE VOTRE RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 **M.S.A. Nord-Pas de Calais**

Identification du Créancier ICS **FR42ZZZ578150**

Adresse
CS36500
59716 Lille Cedex 9
FRANCE

Type de paiement

Paiement récurrent/répétitif |__| Paiement ponctuel |__|

Objet du mandat	**PLAN DE PAIEMENT**

Signé à _____ |__|__|__|__|__|__|__|__|

Lieu *Date (JJ MM AAAA)*

Signature(s)

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

A retourner à l'adresse suivante :

M.S.A. Nord Pas de Calais (Service RECOUVREMENT)
CS36500
59716 Lille Cedex 9