santé
famille
retraite
services

Si vous souhaitez être prélevé de vos COTISATIONS SUR SALAIRES, merci de retourner cet imprimé dûment complété et accompagné d'un RIB

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

_ _ _ _