MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **LA MUTUELLE DE BAGNEAUX** 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 BAGNEAUX**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La 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.

Veuillez compléter les champs marqués* et joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

Référence Unique de Mandat (RUM) (réservé à la Mutuelle).

Nom Prénom de l'adhérent* : _____

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	ORGANISME CRÉANCIER
Nom *	Identifiant Créancier SEPA : **FR07ZZZ449479**
Prénom*	
Adresse*	Nom : **MUTUELLE DE BAGNEAUX**
.....	Adresse : **67-69 rue du Gâtinais**
Code Postal*	Code Postal: **77167**
Ville*	Ville : **BAGNEAUX SUR LOING**
Pays*	Pays : **FRANCE**

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

Code international d'identification de votre banque – BIC* (Bank Identifier Code)

Paiement : Récurrent/Répétitif en Prélèvement Mensuel le 12 de chaque mois

Fait à * _____ En date du ___ / ___ / _____
(lieu)

Signature*

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Les informations contenues dans la présente ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu a exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 01/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.