

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Nom Entreprise / Collectivité :

REFERENCE UNIQUE DE MANDAT : Elle vous sera communiquée sur votre appel de cotisations.

DEBITEUR :

Nom Entreprise / Collectivité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

CREANCIER :

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA : FR06ZZZ318353

**MUTUELLE DE FRANCE PLUS
 146 A AVENUE DE TOULON
 13010 MARSEILLE**

IBAN

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

BIC

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

Type de paiement : Récurrent

Fréquence du prélèvement : Par mois Par trimestre

Jour de prélèvement : Le 5 Le 9 Le 15

DOCUMENTS A RETOURNER :

Ce Mandat dûment complété et signé, accompagné du **Relevé d'identité bancaire**.

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'opposition, d'accès et de rectification auprès du créancier, dans les conditions prévues aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Fait à Le :

Cachet Entreprise / Collectivité :

Nom – Prénom du Signataire :

Qualité :

Signature :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle de France Plus 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 France Plus.

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.

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