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

Votre Nom / Raison sociale * .....
Nom / Prénom du débiteur

N° Immatriculation / N° Entreprise * ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

Votre adresse * .....
* .....
* .....
* .....

Les coordonnées de votre compte * ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐
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 * MSA Lorraine

Identifiant créancier SEPA * FR02ZZZ425222

SA Lorraine

Adresse * 15 avenue Paul Doumer

* 54507 VANDŒUVRE LES NANCY Cedex
* .....
* FRANCE

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

Objet du Mandat * **COTISATIONS NON SALARIES - MENSUALISATION**

Signé à * .....
Lieu

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Date (JJ MM AAAA)

Signature(s) * Veuillez signer ci-dessous :

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

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

MSA Lorraine
15 avenue Paul Doumer
54507 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex
Tél. 03.83.50.35.00
Fax. 03 83.50.35.40
www.msalorraine.fr
contact@lorraine.msa.fr