

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :

Référence Unique du Mandat

(Zone réservée MSA)

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 Gironde
Identifiant créancier SEPA	*	FR38ZZZ110779
Adresse	*	61 boulevard Joliot Curie
		CS 51585
		33052 BORDEAUX CEDEX
	*	FRANCE
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif ☐
Objet du Mandat	*	COTISATIONS DES NON SALARIES
Signé à	*	
		Lieu
Signature(s)	*	
		Date (JJ MM AAAA)
	*	

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

A retourner dûment complété, daté et signé et accompagné d'un RIB du compte à débiter à l'adresse suivante :

MSA GIRONDE
61 boulevard Joliot Curie
CS 51585 33052 BORDEAUX CEDEX