MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
PLAN DE PAIEMENT

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 : ….....

N°Immatriculation/N°Entreprise : …..... .....

Votre adresse : ….....
….....
….....

Les coordonnées de votre compte :
/__/__/__/__/ /__/__/__/__/ /__/__/__/__/ /__/__/__/__/ /__/__/__/__/ /__/__/__/__/ /__/__/__/__/ /__/__/__/__/
Numéro d'identification internation du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)
/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Coder)

Nom du Créancier : **MSA GIRONDE**
Nom du créancier

FR 38ZZZ110779
Identification du créancier ICS

Adresse : 13, rue Ferrère

CS 51585

33052 BORDEAUX CEDEX

Pays

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☐ Paiement ponctuel

Objet du Mandat : **Plan de paiement (J)**

Signé à : Le /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
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 : **MSA GIRONDE** ***Joindre un Relevé d'Identité Bancaire***
Service Recouvrement/Contentieux
13, rue Ferrère
CS 51585
33052 BORDEAUX CEDEX