



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 débit 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

----- 1
Nom/Prénom du débiteur

N° Immatriculation/
N° Entreprise

Votre adresse

----- 2
----- 2

Les coordonnées de
votre compte

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

_____ JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

MSA Haute-Normandie
Nom du créancier

FR93ZZZ639215
Identification du créancier ICS

Adresse

32 rue Politzer
27036 EVREUX Cedex
FRANCE
Pays

Type de paiement

Paiement mensuel Paiement aux échéances

Objet du mandat

COTISATIONS DES SALARIES

Signé à

Lieu

Date (JJ MM AAAA)

Signature(s)

Veillez 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 Haute-Normandie
32 rue Politzer
27036 EVREUX Cedex

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères

MSA Haute-Normandie
32 rue Politzer
27036 EVREUX Cedex

Tél : 02 35 920 920
Fax : 02 32 98 72 02

www.msa-haute-normandie.fr
Crédit Agricole de Normandie-Seine
18306 00010 64731324000 86