santé
famille
retraite
services

MSA de Picardie

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :
Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MSA de Picardie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MSA de Picardie.
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 * MSAde Picardie
Nom du créancier

* FR29ZZZ560342
Identification du créancier ICS

Adresse
*.Siège social
*.rue de l'Ile mystérieuse
*.80440 BOVES
* FRANCE
Pays

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

Objet du Mandat * PLAN DE PAIEMENT

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 : MSA de Picardie
8 avenue Victor Hugo CS 70828
60010 Beauvais 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