

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Fraternelle Mutuelle interentreprises "Section Santé Rouvray" à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte du montant de votre cotisation.

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.

N° de référence dossier :

Référence Unique du Mandat (RUM) :

Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter
Pays : France

Désignation de l'organisme créancier
La Fraternelle Mutuelle interentreprises
Section Santé Rouvray
4 rue Paul Eluard - 76300 SOTTEVILLE-LES-ROUEN
Pays : France
Identifiant Créancier SEPA : FR06ZZZ436984

BIC

IBAN

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Choix du prélèvement : Je désire que ma cotisation soit prélevée d'avance :

- par mois par trimestre

A :

Le :

Signature :

Remplir et signer le mandat de prélèvement et joindre obligatoirement un BIC-IBAN.

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