MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA
RUM :
Référence Unique 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 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	1
N° Immatriculation / N° Entreprise	*	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|	
Votre adresse	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
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 Haute-Normandie	
	*	FR93ZZZ639215 Identification du créancier ICS	
Adresse	*	32 rue Politzer 27036 EVREUX CEDEX FRANCE	
Type de paiement	*	**TRIMESTRIEL** ☐ **MENSUEL** ☐	
Objet du Mandat	*	Cotisations ANIPS	
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 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 à une longueur maximum de 35 caractères