santé
famille
retraite
services

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

R.U.M. : Référence Unique du Mandat

anips

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la M.S.A. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la M.S.A. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

1- dans les 8 semaines suivant la date de votre compte pour un prélèvement autorisé,

2 - 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 banque |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|

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 — M.S.A. Nord-Pas de Calais

Identifiant créancier SEPA — FR42ZZZ578150

33, rue du Grand But

59716 Lille Cedex 9

FRANCE

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

Objet du Mandat — Assurance complémentaire santé ANIPS

Signé à .... |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Lieu — Date (JJ MM AAAA)

Veuillez signer ci-dessous

Signature(s)

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

A retourner à MSA Nord Pas de Calais CS36500 - 59716 Lille Cedex 9	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier