

Mandat de prélèvement SEPA + RIB

SEPA (Single Euro Payments Area) : nouveaux moyens de paiement européens.

ICS = FR43ZZZ397033

Zone réservée au créancier

N° RUM (Référence unique du mandat) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **Mutuelle MOS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle MOS. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Identité de l'adhérent

Nom _____
Prénom _____ Date de naissance _____

Titulaire du compte

Nom _____
Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Pays _____

Désignation du compte à débiter

IBAN (International Bank Account Number) _____
BIC / SWIFT (Business Identifier Code) _____ Prélèvements récurrents

Nom et Adresse du créancier

**Mutuelle MOS – 8 Rond Point de la Nation – Immeuble Apogée B
C.S. 76714 - 21067 DIJON CEDEX**

Fait à _____

Le _____

Signature

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

Ce document doit être accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne.

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés ».