

ESGI07410

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM:

Référence Unique du 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 /	*1
Raison sociale	Nom / Prénom du débiteur
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) *
	JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (RIB)
	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier	* MSA Côtes Normandes 1
	Nom du créancier
	* FR98ZZZ620501 2
	Identification du créancier ICS
Adresse	* .37 rue de Maltot
	* 14026 Caen Cedex 9 2
	*2
	*2
	*_FRANCE2 Pays
Type de paiement	* Paiement récurrent / répétitif ⊠ Paiement ponctuel ⊠
Objet du Mandat	* COTISATIONS DES SALARIES AGRICOLES
Signé à	*
	Lieu Date (JJ MM AAAA)
Signature(s)	* Veuillez signer ci-dessous :
Note : Vos droits concerna	ant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
A retourner à : MSA C	ôtes Normandes Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

37 rue de Maltot

14026 CAEN CEDEX 9

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères

Tél: 02 31 25 39 39

2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères