

# 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 / Raison sociale	* .....
	Nom / Prénom du débiteur
N° Immatriculation / N° Entreprise	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Votre adresse	* .....
	* .....
	* .....
	* .....
Les coordonnées de votre compte	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Numéro d'identification international du compte bancaire — IBAN ( International Bank Account Number)
<b>Joindre un relevé d'identité bancaire</b>	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Code international d'identification de votre banque — BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier	* <b>MSA CORSE</b> .....
	Nom du créancier
Adresse	* <b>FR37ZZZ327786</b> .....
	Identification du créancier ICS
	* <b>Parc Cunéod orano</b>
	* <b>BP 407</b>
	* <b>20175 AJACCIO CEDEX</b>
	* .....
	* ..FRANCE.....
	Pays
Type prélèvement	* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
<b>Objet du MANDAT</b>	* *
Signé à	* .....
	Lieu
Signature(s)	* <b>Veillez signer ci-dessous :</b>
	<input type="text"/>

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

<b>A retourner à :</b>	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
MSA CORSE BP 407	20175 AJACCIO CEDEX