

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :
Référence Unique du Mandat

(Zone réservée MSA)

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
Votre adresse *
*
*
*

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 du Limousin

Identifiant créancier SEPA * FR71ZZZ524860

Adresse * 1 Impasse Sainte Claire

87041 LIMOGES CEDEX 1

* FRANCE

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif

Objet du Mandat * **COTISATIONS SALARIES**

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 dûment complété, daté et signé et accompagné d'un RIB du compte à débiter à l'adresse suivante :

MSA