MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À compléter.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise la MGAS à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la MGAS. Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit-être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

TITULAIRE DU COMPTE

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

_____

_____

_____

Code postal _____ Ville / Pays _____

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IBAN (Numéro d'identification international du compte bancaire)

_____

BIC (Code international d'identification de votre banque)

_____

Paiement récurrent / répétitif : ☑

La mutuelle m'informe du 1er montant qui sera prélevé dans un délai de 10 jours avant le prélèvement : ☑

Périodicité du prélèvement : ☐ mensuel ☐ trimestriel ☐ semestriel ☐ annuel

Date de prélèvement souhaitée * : ☐ le 15 du mois ☐ le 28 du mois

** Sans mention de ma part, le prélèvement se fera le 15 de chaque mois.*

ORGANISME CRÉANCIER

MGAS - 96 AVENUE DE SUFFREN - 75730 PARIS CEDEX 15

IDENTIFICATION CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR53ZZZ243884

Dans le cas où l'adhérent principal n'est pas le payeur, le mandat SEPA doit être signé par le payeur et ce denier doit joindre sa pièce d'identité.

SIGNATURE