mgas

MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Compléter avec un stylo noir et renvoyer dûment complété et signé.

MANDAT À RENVOYER DÛMENT COMPLÉTÉ, SIGNÉ ET ACCOMPAGNÉ D'UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE À

MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT

Numéro d'adhérent MGAS __ __ __ __ __ __ __ __

Nom______________________________ Prénom ______________________________

☑ AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE (REMPLIR LE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA, CI-DESSOUS)

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 ______________________________

Fait à ______________________________

Le _____/_____/________

Signature originale manuscrite de l'adhérent(e) :

précédée la mention «Lu et approuvé» :

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)

_ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _

Paiement récurrent / répétitif : ☑

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

Date de prélèvement souhaitée * : ☐ le 10 du mois ☐ le 28 du mois

** Sans mention de ma part, le prélèvement se fera le 10 de chaque mois.*

ORGANISME CRÉANCIER

MGAS
96 AVENUE DE SUFFREN
75730 PARIS CEDEX 15

IDENTIFICATION CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR53ZZZ243884

MANDAT À RENVOYER DÛMENT COMPLÉTÉ, SIGNÉ ET ACCOMPAGNÉ D'UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE À

MGAS - TSA 30129 - 37206 Tours

Référence Unique de Mandat (RUM) - *Cadre réservé à la MGAS*

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|