

Mandat de prélèvement SEPA

SEPA (Single Euro Payments Area) : nouveaux moyens de paiement européens.

ICS = **FR96ZZZ525962**

Zone réservée au créancier

N° RUM (Référence unique du mandat) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle « **La Fraternelle** » à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle. 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 débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Identité de l'adhérent

Nom _____

Prénom _____ Date de naissance _____

Titulaire du compte

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

Désignation du compte à débiter

IBAN (International Bank Account Number) _____

BIC / SWIFT (Business Identifier Code) _____

Prélèvements récurrents

Nom et Adresse du créancier

Mutuelle La Fraternelle Interentreprises

225 avenue Charles de Gaulle 92528 Neuilly sur Seine Cedex

Siren n° 302 999 115

Fait à

Le

Signature

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation
Ce document doit être accompagné d'un relevé d'identité bancaire avec identification internationale (IBAN)