



# 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 débit 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	*	..... 2
	*	..... 2
	*	..... 2
	*	..... 2
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		M.S.A. BERRY-TOURAINÉ
Identifiant créancier SEPA	*	FR27ZZZ573764
Adresse	*	19 avenue de Vendôme
	*	41023 BLOIS CEDEX.....
	*	.....
	*	FRANCE
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
		<b>COTISATIONS NON SALARIES</b>
Signé à	*	.....
		Lieu
		Date (JJ MM AAAA)
Signature(s)	*	Veillez signer ci-dessous :
		<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

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

**A retourner à :** Zone réservée à l'usage exclusif du créancier