identités MUTUELLE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (**A**) la mutuelle **IDENTITÉS MUTUELLE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (**B**) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle **IDENTITÉS MUTUELLE**.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Débiteur (B) :

Votre nom : .....

Votre adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Pays : .....

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : **FR46ZZZ391159**

Créancier (A) :

Nom : **Identités Mutuelle**
Adresse : **24 bd de Courcelles**
Code postal : **75017** Ville : **Paris**
Pays : **France**

IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|

BIC |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

À : ..... Le : .....

Paiement :

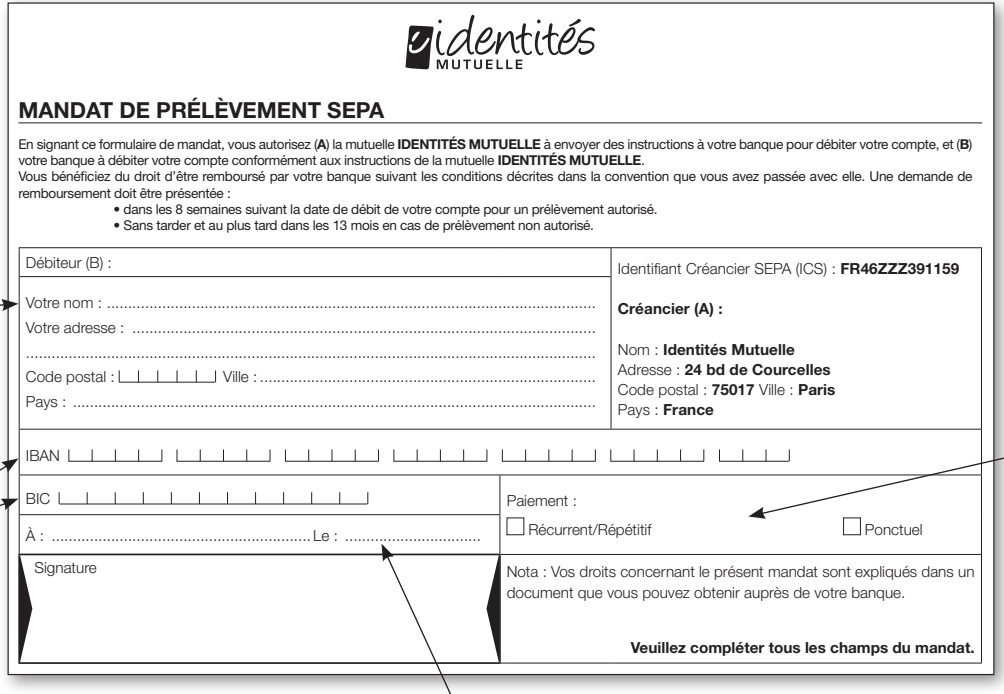
☐ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

Signature

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

Comment remplir votre mandat de prélèvement ?



identités MUTUELLE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (**A**) la mutuelle **IDENTITÉS MUTUELLE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (**B**) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle **IDENTITÉS MUTUELLE**.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Débiteur (B) :

Votre nom : .....

Votre adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Pays : .....

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : **FR46ZZZ391159**

Créancier (A) :

Nom : **Identités Mutuelle**
Adresse : **24 bd de Courcelles**
Code postal : **75017** Ville : **Paris**
Pays : **France**

IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

À : ..... Le : .....

Paiement :

☐ Récurrent/Répétitif ☐ Ponctuel

Signature

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

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

Indiquez les coordonnées du titulaire du compte

Reportez ici vos N° IBAN et BIC présents sur votre RIB

Indiquez ici la fréquence de prélèvement. Le paiement ponctuel est réservé exclusivement aux cotisations uniques.

N'oubliez pas de dater, signer et de joindre un RIB

À remplir et à renvoyer à Identités Mutuelle, 24 bd de Courcelles 75017 PARIS, accompagné d'un RIB.