

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat (RUM) (partie réservée à la mutuelle) :

Le document original est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN uniquement par courrier à l'adresse suivante

**MUTUELLE MFTSV
ROND POINT RENE RAVAUD
CS 10165 REAU
77551 MOISSY CRAMAYEL**

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle **MFTSV** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **MUTUELLE MFTSV**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Païement : Récurrent

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : (*) _____

Identifiant Créancier SEPA : F R 4 9 Z Z Z 3 8 8 6 8 0

Nom : MUTUELLE MFTSV

Adresse : Rond-point René Ravaud CS 10165 REAU

Code postal : 77551

Ville : MOISSY CRAMAYEL

Pays : FRANCE



(*) NUMERO D'IDENTIFICATION INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE (IBAN)

(*) CODE IDENTIFICATION DE LA BANQUE (BIC)

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :