

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

A compléter

AUTORISATION DE PRELEVEMENT BANCAIRE

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise la MFTGS à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la MFTGS. 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	DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER IBAN (Numéro d'identification international du compte bancaire)
PRENOM ADRESSE	N° : BIC (Code International d'identification de votre banque) N° :
CODE POSTAL VILLE / PAYS	Païement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> OUI La mutuelle m'informe du 1 ^{er} montant qui sera prélevé dans un délai de 10 jours avant le prélevement <input type="checkbox"/> OUI
<u>ORGANISME CREANCIER</u> MFTGS Site SAFRAN AIRCRAFT ENGINE - BP 151 91005 EVRY CEDEX	Date de prélevement 10 du mois IDENTIFICATION CREANCIER SEPA FR17ZZZ626518

Le

Signature

A