



santé
famille
retraite
services

Mandat de prélèvement 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 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

Vos adresses
.....
.....

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 **MSA d'Armorique**

Nom du créancier

FR 18 ZZZ 111236

Identification du créancier ICS

Adresse **3, rue Hervé de Guébriant**
29412 LANDERNEAU - FRANCE

Type de paiement Récurrent / Répétitif Paiement ponctuel

Objet du mandat Cotisations sur salaires Cotisations assurances complémentaires
Régularisation de dettes Echéance de prêt Plan de paiement
Cotisations non salariés Mensuel Oui Non

Signé à
Lieu Date (JJ MM AAAA)

Signature(s) Veuillez signer ci-dessous :

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

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (au format IBAN BIC)

MSA d'Armorique

www.msa-armorique.fr

Siège social : 3, rue Hervé de Guébriant

Adresse postale : 12, rue de Paimpont

29412 Landerneau cedex

22025 Saint-Brieuc Cedex 1

Tél. 02 98 85 79 79 Fax : 02 98 85 79 09