Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez :
a) la Mutuelle Saint-Martin à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
b) et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Saint-Martin.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

a) LE CRÉANCIER

Mutuelle Saint-Martin
3 rue Duguay-Trouin
75280 Paris Cedex 06

Identifiant créancier SEPA

FR79 ZZ 453906

Référence unique de mandat

LE DÉBITEUR veuillez compléter les champs suivants en majuscules

Nom ..... Prénom .....

Raison sociale .....

Adresse .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville ..... Pays .....

b) Coordonnées bancaires du compte à débiter - joindre un Relevé d'Identité Bancaire

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

LE TIERS-DÉBITEUR si différent du DÉBITEUR

Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
Si vous payez la facture d'une autre personne, veuillez indiquer ci-dessous ses nom et prénom.

Nom ..... Prénom .....

TYPE DE PAIEMENT : récurrent

Fait à ..... le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Signature

À retourner à :

HENNER
CENTRE DE GESTION MUTUELLE SAINT-MARTIN
TSA 81938
92894 NANTERRE CEDEX 9

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

msm/id/mandatsepa/20191218