# 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