Mandat de prélèvement SEPA

A renvoyer signé avec les pièces justificatives

mgas

DRH

Prêt social

Identification du bénéficiaire concerné :

N° Prêt :.....

Nom : .....Prénom :.....

Téléphone : .....Mail : .....@.....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MGAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MGAS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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 débit de votre 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_____

Prénom_____

Adresse_____

_____

_____Code Postal _____

Ville _____

Pays _____

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Paiement récurrent / répétitif : [X]

La mutuelle m'informe du montant qui sera prélevé dans un délai de 10 jours avant le prélèvement. [X]

Fait à _____

Date _____

Signature :

IDENTIFICATION CREANCIER SEPA (ICS)

FR53ZZZ243884

ORGANISME CREANCIER

MGAS

96 avenue de Suffren

75730 Paris Cedex 15

N'oubliez pas de nous transmettre un Relevé d'Identité Bancaire

Cadre réservé à la Mutuelle

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT (RUM)

Groupe Intériale

Union Mutualiste de Groupe

www.groupe-interiale.org

Pour nous contacter

01 44 10 55 55

www.mgas.fr