



Mayenne-Orne-Sarthe

Mandat de prélèvement SEPA

ESAS 00304

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 débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Raison sociale :

_____ *Raison sociale du débiteur*

N° SIREN :

Votre adresse :

Les coordonnées
de votre compte :

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

*Joindre **obligatoirement** un RIB*

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

Nom du créancier : MSA MAYENNE-ORNE-SARTHE
FR90ZZZ498522

Adresse : 30 rue Paul Ligneul – 72032 LE MANS CEDEX 9

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif dit « Permanent »

Objet du mandat : COTISATIONS SALARIES

Signé à :

_____ *Lieu*

Date (JJ MM AAA)

Signature(s) :

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

A retourner à l'adresse suivante : **MSA Mayenne-Orne-Sarthe**
30 rue Paul Ligneul
72032 LE MANS CEDEX 9