

**Mandat de
prélèvement
SEPA**



En signant ce formulaire, vous autorisez MUTUALITÉ FRANÇAISE AIN - SSAM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MUTUALITÉ FRANÇAISE AIN - SSAM.



Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque suivant 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.

Référence unique du mandat :
Réservé au service

Identifiant créancier SEPA :

FR59ZZZ508780

Débiteur :

Votre nom : _____

Votre adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Créditeur :

Nom : **MUTUALITÉ FRANÇAISE AIN - SSAM**

Adresse : **58 rue Bourgmayer**

Code postal : **01000** Ville : **BOURG-EN-BRESSE**

Pays : **FRANCE**

IBAN

BIC

Paiement :

Récurrent/Répétitif

Ponctuel

A : _____

le : / /

Signature :

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

Veillez compléter tous les champs du mandat