MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat (RUM) : _____

La RUM sera complétée par la Mutuelle lors de la création de votre dossier et vous sera communiquée sur votre lettre d'appel de cotisations -
(En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle Centrale des Finances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte du montant de vos cotisations Mutuelle, ou de celles du tiers désigné par vous sur ce document, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Centrale des Finances)
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.

Cher adhérent, chère adhérente,

Afin d'effectuer le prélèvement de vos cotisations sur votre compte bancaire, je vous prie de bien vouloir me renvoyer le présent document dûment complété et signé.

Sauf indication contraire de votre part, ce même compte sera enregistré pour le virement de vos prestations.

Les cotisations qui n'auraient pas pu être prélevées sur votre compte bancaire vous seraient alors réclamées par chèque à établir à l'ordre de la Mutuelle Centrale des Finances.

Je vous prie de croire, cher adhérent, chère adhérente, en l'assurance de mes meilleures salutations mutualistes.

NOM PRENOM ET ADRESSE (du titulaire du compte)	**NOM ET ADRESSE DU CREANCIER**
	MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES 5-7, Avenue de Paris CS40009 94306 VINCENNES CEDEX **ICS : FR34ZZZ240346**

VOS COORDONNEES BANCAIRES (compléter ci-dessous et joindre le relevé d'identité bancaire correspondant)

Code IBAN : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

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

Code BIC : _____

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

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

☐ **Ce mandat concerne vos propres cotisations Mutuelle :**

Indiquer votre n° de Sécurité Sociale : _____

☐ **Ce mandat concerne les cotisations d'une tierce personne :**

Indiquer : son n° de Sécurité Sociale : _____
son nom son prénom
son adresse

Date **Signature du titulaire du compte**

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pourrez obtenir auprès de votre banque.
Pour toute information complémentaire, vous pouvez joindre notre accueil, au 01 41 74 31 00

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour la seule gestion de vos cotisations mutualistes. Elles pourront donner lieu à exercice de votre droit individuel d'accès et de modifications auprès du créancier, à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 01/04/80 de la Commission Informatique et Libertés.