



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**RUM :**

Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MSA Grand Sud à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MSA Grand Sud. 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 votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom /	*	.....	1
Raison sociale		Nom / Prénom du débiteur	
N° Immatriculation /	*		
N° Entreprise		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
Votre adresse	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
Les coordonnées	*	.....	
de votre compte		.....	
		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN ( International Bank Account Number)	
	*	.....	
		Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	<b>MSA GRAND SUD</b> .....	1
		Nom du créancier	
	*	<b>FR06ZZZ513323</b> .....	2
		Identification du créancier ICS	
Adresse	*	.....	2
	*	<b>6 RUE DU PALAIS</b> .....	2
	*	.....	2
	*	<b>11011 CARCASSONNE CEDEX 9</b> .....	2
	*	.....	2
		<b>FRANCE</b> .....	2
		Pays	
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Objet du Mandat	*	.....	
Signé à	*	.....	
		Lieu	
		Date (JJ MM AAAA)	
Signature(s)	*	Veillez signer ci-dessous :	

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

**A retourner accompagné d'un RIB à:** Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

**MSA GRAND SUD**  
**6 RUE DU PALAIS**  
**11011 CARCASSONNE CEDEX 9**

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères