Mandat de prélèvement SEPA

CCMO SANTÉ PRÉVOYANCE MUTUELLE
L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CCMO Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CCMO Mutuelle. 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.

Organisme créancier :	6, avenue du Beauvaisis
CCMO Mutuelle	PAE du Haut-Villé CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex

Identifiant Créancier SEPA	**FR42ZZZ394529**

Titulaire du compte

Nom du payeur : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : .....

Ville : ..... Pays : .....

Paiement récurrent / répétitif ☑ paiement ponctuel / unique ☐

Compte à débiter

BIC

IBAN

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance. Mes droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque.

A : ..... Le : ____/____/_____

Signature :

« Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

Exemplaire à nous retourner

Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité - N°780508073 - Réf. : C10205-6 - Avril 2016