

**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 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 international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)*

(JOINDRE VOTRE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE)

--	--	--	--	--	--

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

**Nom du créancier**

**MSA Dordogne, Lot et Garonne**

*Nom du créancier*

**FR44ZZZ573070**

*Identification du créancier ICS*

**Adresse**

**31 place Gambetta  
24100 BERGERAC**

**Type de paiement**

Paiement récurrent / répétitif

**Objet du mandat**

**COTISATIONS SALARIÉS**

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

**À retourner à l'adresse suivante :**

**MSA Dordogne, Lot et Garonne  
CS 30003  
24012 Périgueux Cedex**