

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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.

Votre Nom /	*	.....
Raison sociale		Nom / Prénom du débiteur
N° Immatriculation /	*	<input type="text"/>
N° Entreprise		<input type="text"/>
Votre adresse	*	.....
	*	.....
	*	.....
	*	.....
Les coordonnées	*	<input type="text"/>
de votre compte		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN ( International Bank Account Number)
		<input type="text"/>
		Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier		MSA Dordogne, Lot et Garonne
Identifiant créancier SEPA		FR44ZZZ573070
Adresse	*	31 place Gambetta 24100 BERGERAC
Type de paiement	*	Paiement mensuel <input type="checkbox"/> * Paiement aux échéances <input type="checkbox"/>
Objet du Mandat		COTISATIONS DES NON SALARIES AGRICOLES
Signé à		..... <input type="text"/>
		Lieu      Date (JJ MM AAAA)
Signature(s)	*	Veillez signer ci-dessous :
		<input type="text"/>

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

**A retourner dûment complété, daté et signé et accompagné d'un RIB du compte à débiter à l'adresse suivante**

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