



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 1 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	MSA ILE DE FRANCE 1 Nom du créancier FR87ZZZ215627 2 Identification du créancier ICS
Adresse	161, avenue Paul vaillant Couturier 2 94250 Gentilly 2 2 France 2 Pays
Type de paiement	Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
Objet du mandat	Cotisations salariales agricoles
Signé à Lieu Date (JJ MM AAAA)
Signature(s)	Veuillez signer ci-dessous : <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>

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

A retourner à : **MSA Ile de France**

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

75691 Paris cedex 14