MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Cadres réservé à notre Secrétariat

Matricule : /__/ /__/__/__/__/__/__/

Référence unique du mandat : _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Société de Prévoyance Mutualiste à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément aux instructions de de la Société de Prévoyance Mutualise.
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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

LE DEBITEUR

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

Coordonnées de votre compte : IBAN (International Bank Account Number) –Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC (Banck Identifier Code) – Code international d'identification de votre banque

Domiciliation bancaire
Nom de votre banque : _____

Adresse : _____

_____

Code Postal : _____ Ville : _____

LE CREANCIER

Nom du Créancier : **SPM BANQUE DE FRANCE**
I.C.S : FR02ZZZ500688
Adresse : DRI-1655 – 39 rue Croix des Petits Champs – 75001 Paris

Signé par le débiteur

A _____ le_____

Signature

Merci de joindre un RIB à ce document

LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LE PRESENT MANDAT, SONT DESTINEES A N'ETRE UTILISEES PAR LE CREANCIER QUE POUR LA GESTION DE SA RELATION AVEC SON CLIENT. ELLES POURRONT DONNER LIEU A L'EXERCICE, PAR CE DERNIER, DE SES DROITS D'OPPOSITIONS, D'ACCES ET DE RECTIFICATIONS TELS QUE PREVUS AUX ARTICLES 38 ET SUIVANTS DE LA LOI N° 78-17 DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE A L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES.

Ce document est à retourner à

SPM BDF DRI-1655 – 75049 Paris Cedex 01