



santé  
famille  
retraite  
services



CPS ST BARTHELEMY

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**ESGI07410**

**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	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Votre adresse	* .....	2
	* .....	2
	* .....	2
	* .....	2
Les coordonnées de votre compte	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN ( International Bank Account Number)	
	* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<b>Merci de joindre un RIB au format IBAN à cette demande</b>	
	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	* <b>MSA Poitou – CPS Saint Barthélemy</b>	1
	Nom du créancier	
	* <b>FR46ZZZ126446</b>	2
	Identification du créancier ICS	
Adresse	* <b>37 Rue du Touffenet</b>	2
	* <b>86042 POITIERS Cedex</b>	2
	* <b>FRANCE</b>	2
	Pays	
Type de paiement	* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Objet du Mandat	* <b>COTISATIONS SALARIES</b>	
Signé à	* .....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Lieu	Date (JJ MM AAAA)
Signature(s)	* Veuillez signer ci-dessous : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; 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 : CPS de Saint-Barthélemy  
13 rue Lubin Brin  
GUSTAVIA**

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères  
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères