Mandat de domiciliation européenne SEPA

Cotisations mutualistes

Titulaire du compte

Nom - Prénom :

Adresse :

Numéro d'identification :

Déclaration

Je soussigné(e), autorise la ....., ...
(établissant les factures) à encaisser à l'échéance le montant de mes cotisations, et ce jusqu'à révocation expresse pour :

- **les cotisations mutualistes**

avec le numéro de référence : ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐ ☐☐

au nom de :

par le débit du compte bancaire :

IBAN : ☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

☑ Encaissement récurrent Fréquence : ☐ Annuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle

Date, lieu et signature de la demande

Date : ...../...../.....

Nom, prénom : .....

Lieu de signature : .....

Signature : .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la ..... à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la ..... Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.
Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Réservé à la mutualité

Créancier

Nom :

Adresse :

Identification du créancier : BE08002050D000404

FO - FRM100_FG_AS3211 (04.05.0014) - 0000001 - 27-01-2021 - ComforM - v13