



Mutuelle du CHU
et Hôpitaux du Puy-de-Dôme

Mandat de prélèvement SEPA

NUMERO D'ADHERENT :

DBT :
RESERVE A LA MUTUELLE

RUM – Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy-de-Dôme à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle du CHU et Hôpitaux du Puy-de-Dôme. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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 et contesté
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

FR76 4255 9000 9521 0202 5530 453 CODE BIC : CCOPFRPPXXX

CREANCIER :

MUTUELLE DU CHU ET HÔPITAUX DU PUY DE DÔME

Nom du créancier

2 RUE TOUSSAINT LOUVERTURE

6 3 1 0 0

CLERMONT-FERRAND

FRANCE

Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel / unique

ICS : FR19ZZZ242653

Identité de l'adhérent

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Titulaire du compte :

*Veillez compléter les champs marqués**

*Nom / Prénom du débiteur

FRANCE

IBAN (International Bank Account Number)

BIC/SWIFT (Business Identifier Number)

FAIT A :

SIGNATURE :

LE :

NOUS RETOURNER CE MANDAT SEPA COMPLETE (MENSUALISATION DES COTISATIONS) MERCI.

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

Ce document doit être accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne.

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés ».