le ralliement
LE SENS DU DEVOIR POUR VOTRE SANTÉ

Mandat de prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat

+	+	R	A	L	L																												

Grille réservée au service administratif de la mutuelle

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {Nom du créancier} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {Nom du créancier}. 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.

Créancier

Identifiant créancier SEPA (ICS) : F R 1 3 Z Z Z 3 8 9 6 1 9

Nom du créancier : LE RALLIEMENT, MUTUELLE DES COMPAGNONS DU DEVOIR

Adresse (N° et rue) : 10 RUE LITTRE

Code postal et ville : 37000 TOURS

Pays : FRANCE

Partie à compléter par l'adhérent

Débiteur

Nom et prénom .....

Adresse (N° et rue) .....

Code postal et ville .....

Pays .....

Si vous êtes déjà adhérent merci de nous indiquer votre numéro d'adhérent .....

(Les données suivantes figurent dans votre carnet de chèques ou sur votre relevé de compte)

N° de compte IBAN .....

Code BIC .....

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

N'oubliez pas de signer le mandat et de joindre un RIB

Type de paiement : récurrent

Fait à ..... le ___ ___ _____

Signature

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

leralliement.fr
10 rue Littré 37000 TOURS • tél. : 02 47 64 12 64 • fax : 02 47 64 03 00 • email : mutuelle@leralliement.fr
SIREN : 302 856 240

Mutuelle fondée en 1880 par les Compagnons du devoir