La Mutuelle Medico-Chirurgicale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, enregistrée auprès du Secrétariat Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N° 778542852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À REMPLIR ET À RETOURNER À VOTRE MUTUELLE

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT

En signant ce formulaire de Mandat de Prélèvement SEPA, vous autorisez la Mutuelle au terme de votre délai de renonciation 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 Mutuelle.
Vos droits concernant le Mandat de Prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

L'article L121-18-2 du code de la consommation, stipule que votre intermédiaire ne peut recevoir aucun paiement ni contrepartie à votre adhésion, sous quelque forme que ce soit, avant un délai de huit jours à compter de la conclusion de l'adhésion pour laquelle vous nous donnez mandat d'encaissement aux normes SEPA.
Le présent mandat d'encaissement de norme SEPA n'est pas un paiement ou une contrepartie à votre adhésion.
Le mandat, ci-dessous, que vous nous confiez pour encaisser les primes consécutives à votre adhésion ne sera en conséquence valide qu'après l'expiration du délai de renonciation qui vous est garanti par loi et qui ne peut être inférieur à 14 jours.

IDENTITÉ DU TITULAIRE DU CONTRAT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Garantie souscrite : ..... N° de contrat (si connu): .....

ADRESSE DU DÉBITEUR

Rue : .....

Code postal ..... Ville : ..... Pays : .....

TYPE DE PAIEMENT : récurrent

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DU DÉBITEUR

IBAN International Bank Account Number

BIC

(Tous les champs doivent être renseignés)

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

MMC
6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex
Régie par le Code de la mutualité N° 778 542 852
Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR82ZZZ331244

Les informations du présent Mandat de Prélèvement SEPA vous concernant sont destinées à la Mutuelle. Elles sont recueillies afin de n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Vous disposez de droit d'opposition, d'accès et de rétractation tels que prévus aux articles 38 et suivant de la loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés que vous pourrez exercer auprès de votre Mutuelle.

Fait à ..... , le .....

Signature :

Merci de retourner cet imprimé en entier, daté et signé, accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP), ou de caisse d'épargne (RICE).