Mipss
La mutuelle de la Sécu Auvergne

**SIREN : 779 209 469**

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

## Identifiant créancier SEPA : FR83ZZZ403685

**MIPSS Auvergne – Immeuble CARSAT – 5 rue Entre les Deux Villes – 63036 CLERMONT-FERRAND CEDEX 09**

En signant ce formulaire, vous autorisez la MIPSS Auvergne à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MIPSS Auvergne. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites à 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. L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du débiteur et du créancier.

**RUM** - Référence Unique de Mandat SEPA (**SERA COMPLETEE PAR LA MUTUELLE**)

Type de paiement
**RECURRENT**

**IDENTITE DU PAYEUR (TITULAIRE DU COMPTE)** ❒ **Monsieur** ❒ **Madame** ❒ **Autre :**

Nom – Prénom

Adresse

Code Postal - Ville

**DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER** **BIC :**

**IBAN**

**PRELEVEMENT LE** ❒ **le 11 du mois** ❒ **le 20 du mois**

Signature du titulaire du compte

Mandat établi le _____

A _____