Mandat de prélèvement SEPA

À retourner rempli et signé, accompagné du RIB du compte à prélever.

Référence Unique du Mandat *(réservé à la MGC) :*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez, d'une part, la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et, d'autre part, votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Générale des Cheminots (MGC).
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 et contesté.
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Créancier

F R | 9 4 | Z Z Z | 2 2 9 8 5 7 Identifiant du créancier SEPA

Nom du créancier : Mutuelle Générale des Cheminots (MGC)
Adresse : 2-4 place de l'Abbé G. Hénocque, 75637, Paris cedex 13, France

☑ Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel / unique

Débiteur

Veuillez compléter les zones marquées d'un astérisque*

Nom/Prénoms ou Raison sociale* :

Adresse * :

Code Postal * : Ville * :

Pays * :

Coordonnées du compte bancaire :

IBAN :
*Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number) **

BIC :
*Code international d'identification de votre banque (Bank Identifier Code) **

Fait à : ..... Le :
Jour Mois Année

Signature :

Informations relatives au contrat entre le débiteur (le payeur) et le créancier (la MGC)

Libellé identifiant du débiteur : Cotisations Mutuelle MGC

Contrat concerné : (facultatif)
Description du contrat : ..... N° d'adhérent/contrat : .....

Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir la partie ci-dessous.

Si vous payez pour un tiers (l'adhérent MGC), merci de remplir les informations demandées :
Tiers pour le compte duquel le paiement est effectué :

Nom * : Prénom * :

Adresse * :

Code Postal * : Ville * :

Pays * :

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. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et, le cas échéant, de suppression des données vous concernant. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à l'adresse du siège social du créancier.