



# Mandat de prélèvement SEPA



A remplir et à retourner à votre mutuelle gestionnaire

*Référence unique du mandat (zone réservée à la Solidarité Mutualiste)*

\_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Solidarité Mutualiste à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Solidarité Mutualiste. 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.  
-sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

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

## IDENTITE DU TITULAIRE DU CONTRAT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Ou Raison Sociale

Garantie souscrite (voir carte) N° d'adhérent (voir carte) : \_\_\_\_\_

## IDENTITE DU TIERS DEBITEUR SI DIFFERENT DU TITULAIRE DU CONTRAT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Ou Raison Sociale

## ADRESSE DU DEBITEUR

Rue : \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Type de paiement : récurrent

COORDONNEES DU COMPTE BANCAIRE DEBITEUR  
*(ces données figurent dans votre carnet de chèques ou sur votre relevé de compte)*

IBAN : \_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

COORDONNEES DU CREANCIER

LA SOLIDARITE MUTUALISTE  
32 RUE DE CAMBRAI  
75019 PARIS

Identité créancier SEPA : FR83ZZZ474495

Les informations du présent mandat vous concernant sont destinées à La Solidarité Mutualiste. Elles sont recueillies afin de n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Vous disposez de droits d'opposition, 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 que vous pourrez exercer auprès de la Solidarité Mutualiste-108 bis avenue de Flandre-75019 Paris.

N'oubliez pas de signer le mandat et de joindre un relevé d'identité bancaire.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

CACHET ou/et SIGNATURE (obligatoires)