

MANDAT PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez La Mutuelle Familiale des Cheminots de France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La Mutuelle Familiale des Cheminots de France.

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.

Veuillez compléter les champs marqués * et joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire sur lequel figurent votre n° IBAN et BIC

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT : (à compléter par le créancier MFCF)

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA : **FR59ZZZ157252**

NOM – PRENOM DE L'ADHÉRENT :

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom* :

Prénom* :

Adresse* :

Code Postal* :

Ville* :

Pays* :

ORGANISME CRÉANCIER

Nom : **Mutuelle Familiale des
Cheminots de France**

Adresse : **CS 90004
75128 Paris Cédex 11**

Pays : **FRANCE**

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

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

DATE DE PRÉLÈVEMENT LE 5 DU MOIS, PÉRIODICITÉ* :

☐ **MENSUEL**

☐ **TRIMESTRIEL**

☐ **SEMESTRIEL**

☐ **ANNUEL**

Signé à * :

Le* :

Signature*