

Référence Unique de Mandat (RUM) (partie réservée à la mutuelle) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mutuelle MPOSS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions De la Mutuelle MPOSS. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

Nom : *

Prénom : *

Date de naissance : *

TITULAIRE DU COMPTE

Nom : *

Prénom : *

Adresse : *

Code Postal : *

Ville : *

Pays : *

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN (international Bank Account Number) : *

BIC / SWIFT (Business Identifier Code) : *

prélèvements récurrents

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

MPOSS
174 avenue des Minimes
31200 TOULOUSE

Prélèvement le 15 :

Mensuel

Trimestriel

Annuel

Date *

Signature (*)

Fait à *

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

Ce document doit être accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne.

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite «informatique et libertés ».