

MANDAT DE PRELEVEMENT RECURRENT SEPA



Référence unique de Mandat (si entreprise)

Titulaire du compte à débiter Raison sociale (si entreprise)

Mme Mr Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Coordonnées bancaires IBAN

BIC

Créancier

CCPMA Prévoyance

21 rue de la Bienfaisance

75382 Paris cedex 08 - France

Identifiant créancier SEPA FR26ZZZ408106

Fait à

Le / /

Signature

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CCPMA PREVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CCPMA PREVOYANCE.

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.

Document à compléter et à retourner, accompagné d'un RIB, à :

CCPMA PREVOYANCE – 21 rue de la Bienfaisance – 75382 Paris cedex 08

CCPMA PRÉVOYANCE – Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale –

Siège social - 21, rue de la Bienfaisance 75 382 Paris cedex 08 – Membre du GIE AGRICA GESTION – RCS Paris 493 373 682