

Votre cotisation santé ou/et prévoyance doit être acquittée par prélèvement bancaire.

À ce titre, vous complétez et signez le mandat SEPA ci-dessous en y joignant votre RIB.

## MANDAT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise la MMJ pour le recouvrement des cotisations afférentes au contrat santé / prévoyance MMJ à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la MMJ.

Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. La demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Mes droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque.

### Débiteur

#### Vos coordonnées

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° adhérent : \_\_\_\_\_

#### Identification du compte bancaire à débiter

IBAN-Numéro d'identification international de compte bancaire

F R \_\_\_\_\_

BIC-code international d'identification de votre banque

\_\_\_\_\_

### Référence unique du mandat (Zone réservée à la MMJ, ne pas compléter)

\_\_\_\_\_

### Créancier

MMJ - 53 Rue de Rivoli - 75038 PARIS CEDEX 01  
ICS (Identifiant Créancier SEPA) : FR41ZZZ142638

#### TYPE DE PAIEMENT : RÉCURRENT

Je prends note que le délai de notification de l'émission du 1<sup>er</sup> prélèvement, fixé à 14 jours calendaires avant la date d'échéance, pourra ne pas être tenu, dans un souci de qualité de service.

Je choisis un prélèvement mensuel au :  5 de chaque mois ou  15 de chaque mois

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

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

Parapher ici :