

# MANDAT de Prélèvement SEPA

A retourner à : MIEL Mutuelle, 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area), vous autorisez MIEL Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MIEL Mutuelle.

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.

MIEL Mutuelle  
FR72ZZZ391079  
11 rue du Gris de Lin  
42021 Saint-Etienne Cedex 1  
FRANCE

Votre nom

.....  
Civilité / Nom / Prénom du débiteur

Votre adresse

.....  
Entrée, bat, immeuble / Numéro et libellé de la voie / Lieu dit

.....  
Code Postal / Ville / Cedex

.....  
Pays

Les coordonnées de votre compte

.....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

.....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement

Paiement récurrent

Paiement ponctuel

Signé à

.....  
Ville (35 caractères maximum)

.....  
Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s)

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