



santé
famille
retraite
services

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA RUM : Référence Unique du Mandat

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

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.

Votre nom
ou raison sociale1

(nom/Prénom du débiteur)

N° Immatriculation
ou N° Entreprise L L L L L L L L L L L L L L L L L L

Votre adresse2
.....2
.....2
.....2

Les coordonnées
de votre compte L
Numéro d'identification du compte bancaire – IBAN – (International Bank Account Number)

L
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank identifier code)

Nom du créancier Caisse Régionale MSA de BOURGOGNE

Identification FR44ZZZ401962
Identification du créancier ICS

Adresse 14 Rue Félix Trutat
21046 DIJON CEDEX
FRANCE

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Objet du mandat COTISATIONS SALARIES

Signé à le L
lieu Date (JJ MM AAAA)

Signature(s) Veuillez signer ci-dessous :

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

A retourner à :
CAISSE RÉGIONALE MSA BOURGOGNE
14 RUE FELIX TRUTAT
21046 DIJON CEDEX

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères.
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères