



Demande de prélèvements Cotisations Non salariés

Je vous prie de bien vouloir désormais, et sauf instructions contraires de ma part, faire prélever en votre faveur sur mon compte désigné dans le relevé d'identité bancaire ci-joint, le montant des cotisations que vous m'aurez préalablement notifiées par avis ou relevé, adressé directement à mon domicile. En cas de non-exécution, j'en serai avisé par vos soins.

Les présentes instructions sont valables jusqu'à annulation de ma part, et à vous communiquer en temps utile.

Sociétés, GAEC ... | Pour les cotisations **non salariées**, chaque membre doit établir personnellement une demande de prélèvement.

Matricule MSA Individu	<input type="text"/>	Fait à
Nom :		Le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom :		
Adresse personnelle :		Signature,
Adresse de l'exploitation (<i>si différente</i>) :		

Autorisation de prélèvements

Je soussigné, autorise Monsieur le Directeur ou chef d'établissement, teneur de mon compte ci-dessous désigné, à payer sur l'avoir de ce dernier, le montant de tous les ordres (ou avis) de prélèvement, établis à mon nom, qui seront présentés par la :

N° national d'émetteur
498 522

MSA Mayenne-Orne-Sarthe

Je reconnaiss qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme encaisseur.

Identité du compte à débiter	
Nom :	
Prénom :	
N° de compte :	
Etablissement teneur du compte :	
Fait à	
Le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Signature du titulaire du compte à débiter,	

Transmission et pièces à joindre

Vous devez renvoyer les deux parties de cet imprimé à la MSA Mayenne-Orne-Sarthe, sans les séparer et en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) :

- au **Mans**, en spécifiant votre département, barré, sur le coin supérieur gauche de l'enveloppe.

Adresse postale
Etablissement du Mans
30 rue Paul Ligneul
72032 Le Mans Cedex 9
tél. 02 43 39 43 39
fax 02 43 39 43 43

Etablissement d'Alençon 52 bd du 1 ^{er} Chasseurs 61011 Alençon Cedex	Etablissement de Laval 76 bd Lucien Daniel 53082 Laval Cedex 9	www. msa-mayenne-orne-sarthe.fr
--	--	---------------------------------



santé
famille
retraite
services

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM :
Référence Unique du Mandat

PORTÉE

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Cotisations sur salaires | ESAS 00304 |
| <input type="checkbox"/> Cotisations non salariés | ESNS 00423 |
| <input type="checkbox"/> Mensualisation COT NS | ESNS 01776 |
| <input type="checkbox"/> P.I.A.R. | |
| <input type="checkbox"/> P.E.L. | |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MSA MAYENNE ORNE SARTHE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MSA MAYENNE ORNE SARTHE.

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 votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom / Raison sociale	* 1
Nom / Prénom du débiteur	
N° Immatriculation / N° Entreprise	* 1
Votre adresse	* 2
	* 2
	* 2
	* 2
Les coordonnées de votre compte	* 2
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
	* 2
	Joindre obligatoirement un RIB
	Code international d'identification de votre banque -- BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier	* ..MSA.MAYENNE.ORNE.SARTHE..... 1
	Nom du créancier
	* ..FR90ZZZ498522..... 2
	Identification du créancier ICS
Adresse	* ..30.RUE.PAUL.LIGNEUL..... 2
	* 2
	* 2
	* ..72032.LE.MANS.CEDEX.9..... 2
	* ..FRANCE..... 2
	Pays
Type de paiement	* Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
Objet du Mandat	*
Signé à	* 2
	Lieu
Signature(s)	Date (JJ MM AAAA)
* 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 : MSA MAYENNE ORNE SARTHE
(Joindre
obligatoirement
un RIB)
30 RUE PAUL LIGNEUL
72032 LE MANS CEDEX 9

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