MYRIADE
Se comprendre mutuellement
Groupe EoViMcd mutuelle

Mandat de prélèvement **SEPA**

À remplir et à retourner à la mutuelle Myriade.

Référence unique du mandat (zone réservée à Myriade)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle MYRIADE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle MYRIADE.
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.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

IDENTITÉ DU TIERS DÉBITEUR

Nom / Prénoms : ..... Date de naissance :

ADRESSE DU DÉBITEUR

Rue : .....

Code postal : Ville : ..... Pays : .....

TYPE DE PAIEMENT : RÉCURRENT

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR

IBAN

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

BIC

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

COORDONNÉES DU CRÉANCIER

EOVI MCD Mutuelle
353 boulevard du Président Wilson - CS 21645
33079 Bordeaux Cedex
Identifiant créancier SEPA : **FR78ZZZ194158**

N'oubliez pas de signer le mandat et de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB)

Fait à : .....

Le : .....

Vous acceptez que les prélèvements sur votre compte soient effectués aux dates et pour les montants indiqués sur l'échéancier de votre appel de cotisation.

Signature (obligatoire)

INFORMATIONS RELATIVES AU CONTRAT ENTRE LA MUTUELLE ET L'ADHÉRENT (FOURNIES SEULEMENT À TITRE INDICATIF)

Nom / Prénoms : .....

Date de naissance : N° de contrat : .....