

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

Mandat de prélevement SEPA  <small>Single Euro Payments Area</small> <small>Échange unique de paiements en euros</small>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire
	à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.
PARTIE RESERVÉE À LA MCEN	
RUM :	Identifiant créancier SEPA : FR24ZZZ452859
Débiteur :	Créancier :
Votre Nom _____	Nom Mutuelle des Clercs et Employés de Notaire
Votre Adresse _____	Adresse 22, rue de l'Arcade
Code postal _____ Ville _____	Code postal 75397 Ville PARIS Cedex 08
Pays _____	Pays France
N° Sécurité Sociale <input type="text"/>	
IBAN <input type="text"/>	
BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif (mensuel) <input type="checkbox"/> Ponctuel
Fait à : _____	Le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Signature : <input type="text"/>	Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Veillez compléter tous les champs du mandat.

N'oubliez pas de joindre un RIB