N° de contrat :

Je souhaite que mes cotisations soient prélevées ☐ mensuellement, ☐ trimestriellement ☐ semestriellement ☐ annuellement

le ☐ 1er du mois ☐ 10 du mois ☐ 20 du mois

Remboursement des prestations sur le même compte que celui des prélèvements : ☐ Oui ☐ Non

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE - IBAN

PAIEMENT DES COTISATIONS PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

ICS du créancier : FR92ZZZ127655

Mandat de prélèvement SEPA récurrent : en signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MNFCT (le Créancier) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MNFCT. Vous bénéficiez d'un 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.

Référence Unique de Mandat : cette référence vous sera communiquée par le créancier au moins 7 jours avant le prélèvement.

Nom et adresse du débiteur

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Référence du compte à débiter

MNFCT
3 RUE FRANKLIN
CS 30036
93108 MONTREUIL CEDEX

Le Signature

A

Ne rien inscrire sous ce trait ne pas plier

La signature de ce mandat vaut pour tout prélèvement au titre du ou des contrat(s) que vous soucrivez auprès du créancier.
Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les données recueillies, par le Créancier, responsable du traitement, sont nécessaires à sa gestion interne et pourront être transmises à ses partenaires aux mêmes fins. Vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification selon les modalités prévues dans le(s) contrat(s) que vous avez souscrit(s) auprès du Créancier.

127655

MNFCT CO MAN PRE - 11/17