



santé  
famille  
retraite  
services

Sud Aquitaine

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

**RUM :**

Référence Unique du Mandat

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

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.

**Nom/Raison sociale** .....  
*Nom Prénom du débiteur ou raison sociale*

**N° d'immatriculation/  
N° d'entreprise** .....

**Votre adresse** .....  
.....  
.....

**Les coordonnées  
de votre compte** .....  
*Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)*

(JOINDRE VOTRE RELEVÉ  
D'IDENTITÉ BANCAIRE)  
.....  
*Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)*

**Nom du créancier** **MSA SUD AQUITAINE**  
*Nom du créancier*

**FR03ZZZ549170**  
*Identification du créancier ICS*

**Adresse** **1 Place Marguerite Laborde**  
**64017 PAU CEDEX 9**

**Type de paiement** Paiement récurrent / répétitif

**Objet du mandat** **COTISATIONS SALARIEES**

**Signé à** .....   
*Lieu* *Date (JJ MM AAAA)*

**Signature(s)**

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

**A retourner à l'adresse suivante :**

**MSA Sud Aquitaine**  
**SIEGE SOCIAL**  
**1 Place Marguerite Laborde**  
**64017 PAU Cedex 9**  
**sudaquitaine.msa.fr**

**SITE DES LANDES**  
**70 Rue Alphonse Daudet**  
**40286 St Pierre du Mont Cedex**



santé  
famille  
retraite  
services

Sud Aquitaine

## Demande de prélèvements SEPA

### **Pour le paiement de vos cotisations et contributions sociales, optez pour le prélèvement**

#### **Le MANDAT SEPA - document unique à compléter**

1- Le mandat de prélèvement SEPA doit être complété :

- ➔ de votre **nom**
- ➔ de votre **numéro d'immatriculation**
- ➔ de vos **coordonnées bancaires**. Un relevé d'identité bancaire (RIB) doit obligatoirement être adressé. N'oubliez pas de le joindre, le cas échéant, à votre mandat.

2- Le mandat doit être daté et signé :

**Important** : Un mandat retourné non daté et non signé n'est pas valide. Aucun prélèvement ne peut, dans ce cas, être opéré.

**Ce mandat ne peut être utilisé que pour le paiement des cotisations Salariées Agricoles.  
Il ne pourra pas être utilisé pour le règlement d'autres cotisations.**

#### **Vous souhaitez que le prélèvement s'effectue sur un autre compte bancaire :**

- ➔ adressez un simple courrier à la MSA en y joignant un nouveau Relevé d'Identité Bancaire en précisant la date à partir de laquelle ce nouveau compte doit être activé.

#### **Vous souhaitez révoquer votre mandat**

- ➔ vous pouvez révoquer à tout moment le mandat prélèvement SEPA en adressant votre demande de révocation par écrit en précisant la date de fin des prélèvements. Nous vous recommandons également d'en informer votre banque. Vos cotisations ne feront plus l'objet d'aucun prélèvement.