**MANDAT DE PREVELEMENT SEPA**

**Identifiant créancier SEPA-ICS FR 36 ZZZ 273678**

|  |  |
| --- | --- |
| Référence unique de mandat (1) |  |

**(1) lors d’une nouvelle adhésion, la référence unique de mandat vous sera communiquée sur l’échéancier de cotisation.**

**Le mandat de prélèvement SEPA est le nouveau document officiel qui remplace désormais l’autorisation de prélèvement au niveau européen. En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CPMS-mySofie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte aux instructions** de **CPMS-mySofie.**

**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 à votre banque :**

**- Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,**

**- Dans les 13 mois suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement non autorisé.**

**INFORMATIONS ADHERENT (Débiteur)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | {{lastName}} | **Prénom :** | {{firstName}} |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse :** | {{address}} |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code postal** | {{zp0}} | {{zp1}} | {{zp2}} | {{zp3}} | {{zp4}} | **Ville :** | {{city}} |

**LES COORDONNEES DE VOTRE COMPTE**

BIC **– Code International d’identification de votre banque**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

IBAN **– numéro d’Identification Internationale du compte bancaire**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| {{ib0}} | {{ib1}} | {{ib2}} | {{ib3}} | {{ib4}} | {{ib5}} | {{ib6}} | {{ib7}} | {{ib8}} | {{ib9}} | {{ib10}} | {{ib11}} | {{ib12}} | {{ib13}} | {{ib14}} | {{ib15}} | {{ib16}} | {{ib17}} | {{ib18}} | {{ib19}} | {{ib20}} | {{ib21}} | {{ib22}} | {{ib23}} | {{ib24}} | {{ib25}} | {{ib26}} |

**INFORMATIONS CREANCIER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du créancier :** | CPMS- mySofie | **Identifiant du créancier** | FR 36 ZZZ 273678 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse :** | 33 bis avenue du 24 Avril 1915 – 13012 Marseille |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de paiement :** | Paiement récurrent/répétitif |

**DATE ET SIGNATURE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fait à :** |  | **Le** |  |  | **Signature de l’adhérent** |
|  |  |  |  |  |  |

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVE D’IDENTITE BANCAIRE

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement général sur la protection des données (RGPD) en date du 27 Avril 2016, les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat feront l’objet d’un traitement informatique nécessaire à la gestion et l’exécution de votre contrat santé. En signant ce document, vous donnez expressément votre consentement au traitement de vos données personnelles. Aucun traitement commercial ne sera mis en œuvre. En l’application de la législation en vigueur, vous pourrez exercer votre droit d’accès, de rectification et d’opposition concernant l’utilisation et le traitement de vos données personnelles en écrivant par voie postale ou par email au délégué à la protection des données **: dpo@mysofie.fr**