Réf Unique de Mandat :
IBAN **FR5830002074240000061138R40**
Identifiant Créancier SEPA : **FR21ZZZ436617**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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

Nom et prénom du débiteur : .....

Nom /prénom de l'adhérent: (si diffèrent du débiteur) .....

Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....

Vos coordonnées bancaires

Nom de l'Etablissement bancaire : .....
Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....

IBAN – numéro d'identification international du compte :

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC - Code international d'identification de la banque :

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nos Coordonnées

Nom du créancier :	MCRN
Identifiant :	FR21ZZZ436617
Adresse :	4, place des Jacobins 44000 NANTES

Type de paiement :

Paiement récurent/répétitif ☒
Date du prélèvement le 10 ☐ le 30 ☐

Votre Signature

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

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

Mutuelle MCRN
4, place des jacobins 44000 NANTES
Tél: 02.40.89.22.91 - Tél SNCF : 37.29.80 - Fax : 02.40.35.63.38
infos@mutuellemcrn.fr www.mutuellemcrn.fr