

MANDAT SEPA

Partage votre engagement

A compléter et à nous retourner svp

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à débiter celui-ci conformément aux instructions de la Mutuelle Saint-Christophe assurances.

Titulaire du compte à débiter

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____

Organisme créancier

Mutuelle Saint-Christophe assurances
277, rue Saint-Jacques
75256 Paris cedex 05

Compte à débiter

IBAN :

BIC :

Paiement : Récurrent Répétitif Ponctuel

Établissement teneur du compte à débiter

Indiquez l'adresse complète de votre banque, CCP ou Caisse d'épargne

Établissement :
Adresse :
Code postal :
Ville :

Date et signature du titulaire du compte à débiter :

Complétez les cases, **joignez** un RIB, un RIP ou un relevé de Caisse d'épargne.

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle Saint-Christophe assurances - 277, rue Saint-Jacques - 75256 Paris cedex 05 - pour toute information me concernant.