

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

## A retourner accompagné de votre RIB original

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

Pour toutes les cotisations dont la CCSS assure le recouvrement, il est rappelé que :

conformément à l'article VIII des Conditions Générales d'Utilisation, « le prélèvement sur le compte bancaire interviendra à partir du 5ème jour ouvré (samedi et dimanche exclus) suivant la date de validation», sans toutefois être antérieur au 10 du mois d'exigibilité des cotisations réglées.

Merci de compléter tous les champs et de signer ce formulaire pour permettre le traitement de votre demande.

CREANCIER— [M, C] [6,2] [Z, Z, Z] [1, 1, 2, 7, 3, 9] ———————————————————————————————————	
CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX (CCSS)	
Nom du créancier  [11, rue Louis Notari  Adresse	
Code postal, Ville	Pays
Paiement récurrent / répété Paiement ponctuel / unique	
OTISANT	
I	
Matricule	
	1
Nom du cotisant ou raison sociale pour le compte duquel le paiement est ef	ffectué
	ı
Compte bancaire au format <b>IBAN</b> tel qu'il figure sur le RIB	
Nom et prénom ou raison sociale tels qu'ils figurent sur le Relevé d'Identité  Compte bancaire au format IBAN tel qu'il figure sur le RIB  Code BIC de la banque tel qu'il figure sur le RIB  Fait à  Le  j j m m a a a a	Signature(s)
Compte bancaire au format IBAN tel qu'il figure sur le RIB  Code BIC de la banque tel qu'il figure sur le RIB  Fait à  j j m m a a a a	
Compte bancaire au format IBAN tel qu'il figure sur le RIB  Code BIC de la banque tel qu'il figure sur le RIB  Fait à  e  j j m m a a a a  A retourner à:	
Compte bancaire au format IBAN tel qu'il figure sur le RIB  Code BIC de la banque tel qu'il figure sur le RIB  Fait à  j j m m a a a a  A retourner à:	
Compte bancaire au format <b>IBAN</b> tel qu'il figure sur le RIB  Code <b>BIC</b> de la banque tel qu'il figure sur le RIB  Fait à	

Votre Référence Unique de Mandat vous sera communiquée par courrier après enregistrement de votre demande par nos services.

GA -201910152706

En vertu des dispositions de la Loi n°1.565, vous disposez notamment d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour plus d'informations sur les traitements mis en œuvre, vous pouvez consulter la rubrique « Protection des données personnelles » sur le site internet www.caisses-sociales.mc