



THIS DOCUMENT IS ONLY THE TRANSLATION, THE AGREEMENT MUST BE FILLED AND SIGNED IN FRENCH VERSION (SEE BELOW)

SEPA DIRECT DEBIT MANDATE

Please return with your original bank statement

By signing this mandate, you authorise the C.C.S.S. to send instructions to your bank to debit your account, and your bank to debit your account in accordance with the instructions from the C.C.S.S.

You are entitled to be reimbursed by your bank under the conditions described in the agreement that you have with it. A reimbursement request must be submitted to the bank:

- within 8 weeks of the date your account was debited for an authorised direct debit,
- without delay and within 13 months at the latest in the case of an unauthorised direct debit.

For all contributions collected by the C.C.S.S., you are reminded that:

Pursuant to Article VIII of the General Agreement, "the bank account will be debited from the 5th working day (Saturday and Sunday excluded) after the validation date", but no earlier than the 10th of the month.

Please complete all fields and sign this form to allow your request to be processed

CREDITOR

M C | 6 2 | Z Z Z | 1 1 | 2 7 | 3 9
Creditor identification number

CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX (C.C.S.S.)

Creditor name

11 rue Louis Notari

Address

98000

Post code, City

MONACO

Country

Recurring / repeated

On time / single payment

CONTRIBUTOR

ID number

Name of the contributor or company name on whose behalf the payment is made

DEBTOR (Holder or company name on the bank account to be debited)

Surname and first name or company name it appears on the bank statement

Bank account in IBAN format as it appears on the bank statement

Bank's BIC code as it appears on the bank statement

Drawn

on d d m m y y y y

To be returned:

C.C.S.S.

Service Recouvrement

11, rue Louis Notari

98000 MONACO

Your unique mandate reference will be sent to you by post once we have registered your request.



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

A retourner accompagné de votre R.I.B. original

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

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 C.C.S.S. 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.

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

Identifiant du créancier

CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX (C.C.S.S.)

Nom du créancier

11, rue Louis Notari

Adresse

98000

Code postal, Ville

MONACO

Pays

Paiement récurrent / répété Paiement ponctuel / unique

COTISANT

Matricule

Nom du cotisant ou raison sociale pour le compte duquel le paiement est effectué

DEBITEUR (Titulaire ou raison sociale du compte bancaire à prélever)

Nom et prénom ou raison sociale tels qu'ils figurent sur le Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

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)

A retourner à :

C.C.S.S.

Service Recouvrement
11, rue Louis Notari
98000 MONACO

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