

## MANDAT DE PRELEVEMENT COT SALARIEES

**RUM :**  
Référence Unique du Mandat

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

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 :

- ü dans les 8 semaines suivant la date de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- ü sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom /	*	.....	1
Raison sociale		Nom / Prénom du débiteur	
N° Immatriculation /	*		
N° Entreprise		<input type="text"/>	
Votre adresse	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
Les coordonnées	*	<input type="text"/>	
de votre compte		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN ( International Bank Account Number)	
	*	<input type="text"/>	
		Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	MSA ALSACE.....	1
		Nom du créancier	
	*	FR43ZZZ135909.....	2
		Identification du créancier ICS	
Adresse	*	9 RUE DE GUEBWILLER.....	2
	*	68023 COLMAR Cedex.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	FRANCE.....	2
		Pays	
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Objet du Mandat	*	COTISATIONS SUR SALAIRE	
Signé à	*	..... <input type="text"/>	
		Lieu	
		Date (JJ MM AAAA)	
Signature(s)	*	Veuillez signer ci-dessous :	
		<input type="text"/>	

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

**A retourner à : MSA ALSACE**

**9 RUE DE GUEBWILLER  
68023 COLMAR Cedex**

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères