



**PROCURATION USAGE UNIQUE**

*(Document à conserver par la MSA)*

**PIECE D'IDENTITE ORIGINALE EN COURS DE VALIDITE DU DEMANDEUR ET DU  
MANDATAIRE A FOURNIR OBLIGATOIREMENT**

Je, soussigné(e) [NOM Prénom].....

Né(e) le ..... à .....

Numéro de Sécurité Sociale .....

Adresse .....

Donne mandat à [NOM Prénom] .....

Adresse .....

Pour effectuer en mes lieu et place auprès de la MSA les démarches suivantes :

- Recevoir, à la place de l'adhérent, toute information (hors médical) et transmettre tout document nécessitant la décision et / ou signature de l'adhérent,
- Faire parvenir tous les courriers de réponse,
- Compléter tout questionnaire ou apporter toute information nécessaire à l'étude de dossier de l'adhérent,
- Adresser une demande de renseignement ou une information,

Dans quel cadre :

- D'une contestation,
- De toute information concernant mes paiements
- De mon changement d'adresse ou de RIB.

Durée de validité : 1 an (non tacitement reconductible)

Fait à ..... Le .....

***Je prends connaissance que le mandataire (la personne à laquelle je donne procuration) aura accès aux informations confidentielles contenues dans mon dossier (situation professionnelle, cotisations, paiements, etc).***

Signature de la personne  
donnant procuration  
Précédée de la mention manuscrite  
« bon pour acceptation »

Signature de la personne  
recevant procuration  
Précédée de la mention manuscrite  
« bon pour pouvoir »