



Remplissez obligatoirement l'ensemble des données ci dessous,
datez, signez et joignez un R.I.B comportant les mentions IBAN et BIC

Identité du payeur et du compte bancaire

M Mme

Nom et prénom du débiteur :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Email :@.....

Portable (obligatoire) : |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| Téléphone : |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_| / |_|_|

Coordonnées bancaires :

Code Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB
|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

IBAN (International Bank Account Number)

|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

BIC (Bank Identification Code)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

La référence unique de mandat utilisée pour prélever votre compte bancaire sera égale à l'IBAN du compte que vous nous précisez ci-dessus. Les prélèvements sur un compte épargne ne sont pas acceptés.

Désignation du créancier

SG Santé - 14, rue Joliot Curie - CS 30248 - 51010 Châlons en Champagne Cedex - France

Identifiant créancier : FR48ZZZ390153

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif
Un mandat délivré pour un paiement récurrent et répétitif est valable pour des prélèvements multiples.

Paiement ponctuel
Un mandat délivré pour un paiement ponctuel est valable pour un prélèvement unique.

Signature

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SG Santé à envoyer des instructions à votre banque pour débits votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SG Santé. Sans préjudice de la créance dont dispose votre créancier à votre égard, vous bénéficiez de la part de votre banque du droit d'être remboursé selon les conditions décrites dans la convention que vous avez conclue avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Fait à :

Le : |_|_|_|_| / |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature