MPN

UNE MUTUELLE
SANTÉ PROCHE
DE VOUS PARTOUT

MANDAT SEPA

Mandat de prélèvement SEPA

Prélèvement de mes cotisations. Relevé d'identité bancaire à joindre.

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)

Attribuée par la Mutuelle — ne pas remplir.

POUR UN PRÉLÈVEMENT

✓ **Récurrent** ☐ Unique

En signant ce mandat, vous autorisez la Mutuelle de la Police Nationale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle de la Police Nationale. 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 dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER

Nom	**Mutuelle de la Police Nationale**
Identifiant créancier (ICS)	**FR68ZZZ426556**
Adresse	**1 rue de Rosheim**
Code postal et ville	**67300 Schiltigheim**

DÉBITEUR

Nom et prénom	
Adresse	
Code postal et ville	
Pays	**France**

N° DE COMPTE — IBAN

CODE BIC

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

Fait à

Le

Signature du titulaire du compte