MODALITÉS DE PAIEMENT

NOM : ..... **PRÉNOM :** ..... **Date de naissance :** .....

COTISATIONS : je demande que ma cotisation soit prélevée (en date du 5)*

❏ au mois ❏ au trimestre ❏ au semestre ❏ à l'année (Chaque prélèvement doit être égal ou supérieur à 5 €)

PRESTATIONS : je demande que le versement des prestations soit effectué sur le compte dont les coordonnées bancaires figurent ci-après* ❏ oui ❏ non, je joins un autre Relevé d'Identité Bancaire

* cochez la case de votre choix

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez d'une part OCIANE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et, d'autre part, votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'OCIANE. 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 soit dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé soit sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Le présent mandat est valable jusqu'à l'annulation de votre part auprès d'OCIANE.

COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom : ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

.....

COORDONNÉES DU CRÉANCIER

OCIANE
8 terrasse du Front du Médoc
33054 BORDEAUX CEDEX
ICS : FR95ZZZ460311

COMPTE À DÉBITER

IBAN : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

BIC : | | | | | | | | | | | |
Code international d'identification de votre banque - BIC (Business Identifier Code)

ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Nom : .....

.....

Zone réservée à OCIANE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
RUM (Référence Unique du Mandat)

Date : ...../...../.....

Signature :

IMPORTANT : datez, signez ce document et joignez votre Relevé d'Identité Bancaire

Mutuelle Ociane soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - Siren 434 243 085 - Mandat-SEPA-10-16