MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat **COTSIST**

SIST 11

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIST 11 à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIST 11.

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.

-sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom .....

Votre adresse .....

Code Postal Ville.....

Les coordonnées de

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

Code international d'Identification de e votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier **SERVICE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE AU TRAVAIL 11**

I C S **F R 6 7 Z Z Z 5 1 1 6 4 3**

Adresse du créancier **27b, boulevard Marcou CS 60077- 11890 CARCASSONNE CEDEX**

Type de paiement **Paiement récurrent/répétitif** X

Signé à ..... Jour Mois Année

Signature Veuillez signer ici

Informations relatives au contrat entre le créancier le débiteur - fournies seulement à tire indicatif

Code identifiant du débiteur .....

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Contrat concerné ..... *Numéro d'identification du contrat*

Cotisation trimestrielle au Service Interprofessionnel de Santé au Travail (SIST 11) *Description du contrat*

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 s=et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : **SIST 11, 27 b boulevard Marcou CS 60077 11890 CARCASSONNE CEDEX**	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier