

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire)

Le créancier : **GRAS SAVOYE** – N° ICS : **FR39ZZZ000957**
La Référence Unique du Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement.
Type de Prélèvement : Récurrent

Conformément à la réglementation SEPA en vigueur, un courrier vous rappelant les montants et dates de vos prélèvements, vous sera adressé au plus tard 5 jours avant le prélèvement.

J'autorise **GRAS SAVOYE** à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de **GRAS SAVOYE**.

Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date du débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Pour toute nouvelle souscription, le débiteur doit joindre ce mandat de prélèvement SEPA à son bulletin d'adhésion et les transmettre au créancier dûment complétés et signés.

Coordonnées de l'adhérent-assuré

Nom Prénom
Adresse
(Numéro et nom de la rue)
Code Postal Commune

A remplir Uniquement dans le cas où le débiteur est différent de l'adhérent-assuré

Nom du titulaire du compte Prénom du titulaire du compte
Adresse
(Numéro et nom de la rue)
Code Postal Commune

Coordonnées bancaires du débiteur

BIC IBAN

Vos données à caractère personnel, collectées par **GRAS SAVOYE** dans le cadre du présent mandat, sont obligatoires pour les besoins de celui-ci et pour la passation et la gestion du contrat souscrit par l'adhérent. La liste des destinataires des informations vous concernant pourra vous être communiquée sur simple demande de votre part à **GRAS SAVOYE – Direction de l'Affinitaire – GS Professions Réglementées/ GS Médical - 33/34 quai de Dion Bouton Immeuble Quai 33 92800 Puteaux**. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, et de rectification de vos données. Ces droits s'exercent en adressant un courrier à **GRAS SAVOYE – Direction de l'Affinitaire – GS Professions Réglementées/ GS Médical - 33/34 quai de Dion Bouton Immeuble Quai 33 92800 Puteaux**. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Je donne mon accord au mandat de prélèvement SEPA figurant ci-dessus dont je reconnais avoir pris connaissance.

Fait à le

Signature du débiteur

Cadre réservé :

Numéro de contrat :
Numéro de l'adhésion :