Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé à MUTA SANTE, en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP)

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part. Annulation à notifier en temps voulu à MUTA SANTE

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

.....

.....

.....

COMPTE A DEBITER

Banque | Guichet | N° de compte | Clé

Date : Signature :

NOM DU CREANCIER

MUTA-Santé

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la Délibération n° 80 du 01.04.1980 de la Commission Informatique et Libertés.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT BANCAIRE

Numéro national d'émetteur :

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM DU CREANCIER

MUTA-Santé

COMPTE A DEBITER

Banque | Guichet | N° de compte | Clé

Date : Signature :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

.....

.....

.....