



**MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES SALARIÉS**

R.N.M. 432 683 787

13, rue de la Mairie - 92324 CHATILLON CEDEX - Tél. : 01 42 31 03 03

N° S.S. :

Date :

Cher adhérent,

Prière de nous renvoyer la partie haute de cet imprimé revêtue de votre signature (cadre tramé), en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), Postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.). **La partie du bas (autorisation de prélèvements) revêtue de votre signature (cadre tramé) doit être transmise à votre établissement bancaire.**

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENTS

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR		DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER	

COMPTÉ A DÉBITER			
Codes			
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
Mutuelle de Prévoyance des Salariés R.N.M. 432 683 787 13, rue de la Mairie 92324 CHATILLON CEDEX

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 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS

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

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

386781

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
 	Mutuelle de Prévoyance des Salariés R.N.M. 432 683 787 13, rue de la Mairie 92324 CHATILLON CEDEX

COMPTÉ A DÉBITER			
Codes			
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU Ctp À DÉBITER