



DEMANDE DE PRELEVEMENTS MENSUELS

Je vous prie de bien vouloir faire prélever mensuellement sur mon compte les sommes dues au titre des cotisations sociales et des contributions.

Ce mode de prélèvement sera valable du 1^{er} janvier au 31 décembre et sera renouvelé automatiquement d'année en année, sauf avis contraire de ma part le 30 novembre de chaque année au plus tard.

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM Prénom :
 Adresse personnelle :

 Code postal :Bureau distributeur :
 N° exploitant :
 Adresse exploitation (si différente) :

Fait à :

le :

Signature

La loi N°78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès de l'organisme assureur destinataire de votre déclaration.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS MENSUELS

(Réservé à l'organisme assureur)

Je soussigné, autorise l'établissement teneur de mon compte ci-dessous, à payer le montant des avis de prélèvement mensuel établis à mon nom qui seront présentés par la Mutualité Sociale Agricole de la Gironde.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

110779

Je reconnais qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrais régler le différend avec mon organisme encaisseur.

IDENTITE DU COMPTE A DEBITER

NOM Prénom :
 Adresse personnelle :

 N° du compte.....
 Établissement teneur du compte :

Fait à :

le :

Signature du titulaire du compte à débiter :

Transmission et pièces à joindre

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé à la MSA, sans les séparer et en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.).