

DEMANDE DE PRELEVEMENTS AUTOMATIQUES

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 AUTOMATIQUES

(Réservé à l'organisme encaisseur)

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

N° NATIONAL D'EMETTEUR

110779

les cotisations d'assurances sociales (appel trimestriel)

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

IDENTITE DU COMPTE A DEBITER

NOM Prénom :

Adresse personnelle :

.....

N° du compte.....

Etablissement 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.).