

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : Prénom :
Adresse personnelle :
Code postal : Ville :
Téléphone fixe : Téléphone portable :
Email personnel :

J'autorise la MOCF à me faire parvenir sa communication publicitaire :

Oui

Non

ATTENTION n'oubliez pas de stipuler votre matricule SNCF ou MOCF :

Date et signature :

COUPON A RETOURNER

Mutuelle des Orphelins Charles-Edmond Flamand

139 rue du Faubourg Saint-Denis 75010 PARIS

01 40 35 96 16

mocf@mocf.net

J'accepte d'être prélevé sur mon compte bancaire trimestriellement

(aux alentours des 05 janvier / avril / juillet / octobre)

Je remplis le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous

Pour la cotisation du premier trimestre 2020, je choisis le mode paiement suivant :

Je paye par chèque d'un montant de 14.40 € à l'ordre de la MOCF

Je suis prélevé exceptionnellement en avril 2020 d'un montant double de 28.80 €

MANDAT PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat :
Cadre réservé à la MOCF

CREANCIER : Mutuelle des Orphelins Charles-Edmond Flamand (MOCF)
139 rue du Faubourg Saint-Denis – 75010 Paris
ICS : FR28ZZZ246662

Vos coordonnées personnelles

Nom * Prénom *

Adresse*

Complément d'adresse

Code Postal* Ville * Pays*

Vos coordonnées bancaires

IBAN*

Code BIC* Type de paiement : récurrent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **Mutuelle des Orphelins Charles-Edmond Flamand** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MOCF. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 (huit) semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à le

Signature*

Important : N'oubliez pas de signer votre Mandat de Prélèvement SEPA et de joindre Relevé d'identité bancaire.



* Champ obligatoire

Merci de joindre un RIB à ce document