

# MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat  
à remplir par MAI

Créancier :

MAI

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) MAI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAI.

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 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé

Veuillez compléter les champs marqués \* et vérifier ceux qui sont pré-remplis

## CREANCIER

**FR 04 ZZZ 495220**

Identifiant Créancier SEPA

**MAI**

Nom du créancier

**39 RUE ANATOLE FRANCE**

Numéro et nom de la rue

**92300 LEVALLOIS PERRET**

Code postal - Ville

**FRANCE**

Pays

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

## DEBITEUR

Veuillez compléter les champs marqués \*

\*Nom / Prénoms du débiteur

\*Numéro et nom de la rue

\*Code postal

\*Ville

\*Pays

\*Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

\*Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier Code)

Fait à

le

/ /

Signature(s) :

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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

### Contrat concerné

### Contrat ASM Expatriés

**Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement sera effectué**  
(si différent du débiteur lui-même)

Description du contrat

Numéro d'identification du contrat

**Nom du tiers débiteur** : si votre paiement concerne un accord passé entre le créancier et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom  
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

**Code identifiant du tiers débiteur**

**Nom du tiers créancier** : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers

**Code identifiant du tiers créancier**

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :

MEDICAL ADMINISTRATORS INTERNATIONAL  
39 RUE ANATOLE FRANCE  
92600 - LEVALLOIS-PERRET