

AGENCE CAHORS
117 RUE SAINT GERY
46023 CAHORS CEDEX 9
Tél: 05 65 35 89 82

Votre contact :
MME SAINT-CHAMAND DELPHINE

Vos références :
N° client / identifiant Internet : 54902838
Compte 193526721

GAEC DE LA FONT PRIONDE
2740 AVENUE HENRI MARTIN
46150 LABASTIDE DU VERT

Balma, le 5 avril 2024

Cher(e) Sociétaire,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous témoignez.

Conformément au dernier échéancier qui vous a été communiqué, nous vous saurions gré de bien vouloir nous régler la somme figurant sur le TIP ci-dessous.

Nous vous rappelons que vous pouvez également payer votre cotisation en ligne en vous rendant sur votre espace client www.groupama.fr.

Restant à votre écoute, nous vous prions de recevoir, Cher(e) Sociétaire, nos salutations distinguées.

Votre Conseiller Groupama

Caisse Locale d'Assurance Mutuelle Agricole de TROIS VALLEES N° 46064 DEPT 46
Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles d'Oc
14, rue Vidailhan CS 93105 31131 BALMA CEDEX - 391 851 557 RCS Toulouse
Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'A.C.P.R. - 4 place de Budapest CS 92459
75436 Paris Cedex 09
N° de TVA intracommunautaire : FR 43 391 851 557



POUR EFFECTUER VOTRE REGLEMENT

IBAN : FR76 1120 6000 9400 9796 7126 149
En cas de modification, joindre un RIB
ICS : FR87ZZZ402643
RUM : TIP111289000119352672100003000000

Date et signature

En signant ce mandat de prélèvement SEPA ponctuel, vous autorisez GROUPAMA D OC à envoyer ces instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de GROUPAMA D OC.

(voir modalités au verso)

GAEC DE LA FONT PRIONDE
2740 AVENUE HENRI MARTIN
46150 LABASTIDE DU VERT

193526721 00003

TIPSEPA
N° Centre : 51

GROUPAMA D'OC
87077 LIMOGES CEDEX 9

NE RIEN INSCRIRE SOUS CE TRAIT - NE PAS PLIER

111289464698 GAEC FONT PRIONDE 11206000940097967126149
111289004143 79000119352672100003000000919151 Montant en € 34600

Comment payer cette facture

Si vous êtes titulaire d'un compte bancaire, détachez cette partie suivant les pointillés et glissez ce TIPS€PA **daté et signé** dans l'enveloppe jointe.

Si la mention « joignez un RIB » est portée au recto ou si vos coordonnées bancaires ont changé, veuillez joindre votre RIB (Relevé d'Identité Bancaire) au TIPS€PA correspondant.

Le présent document a valeur de mandat SEPA à usage unique. Votre signature vaut autorisation pour débiter, à réception, votre compte pour le montant indiqué. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

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

Le TIPS€PA est une formule de paiement – Merci de ne pas établir de chèque.