



Rodez, le 17 avril 2024

Affiliation-Cotisations des non Salariés

Dossier : 2 93 03 99 132 587 (NN2F)

SALOMON ALICE

Objet : Demande de pièces justificatives

Exp: MSA MPN 180 avenue Marcel Unal 82014 MONTAUBAN cedex 14
100099

MME SALOMON ALICE
2740 AV HENRI MARTIN
46150 LABASTIDE DU VERT

Madame,

Pour nous permettre de régulariser votre dossier , merci de nous adresser dans les meilleurs délais :

- le Mandat de prélèvements SEPA ci-joint dûment complété, daté, signé et accompagné d'un relevé d'identité bancaire.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

La Direction

PJ: Mandat prelevement SEPA

En cas de réponse contradictoire avec les pièces du dossier, nous vous informons que nous avons la faculté d'obtenir communication des pièces demandées directement auprès des tiers (art L 114-19 du code de la sécurité sociale).

-----Papillon détachable à retourner avec votre réponse -----
Demande de pièces justificatives Affiliation-Cotisations des non Salariés
Référence dossier : 2 93 03 99 132 587 SALOMON ALICE
Dossier suivi par : Nadine Foucras

2930399132587





ESGI07410

2930399132587



santé
famille
retraite
services

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :
Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MSA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MSA.

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 votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Votre Nom /	*	.....	1
Raison sociale		Nom / Prénom du débiteur	
N° Immatriculation /	*	.....	
N° Entreprise		.....	
Votre adresse	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
Les coordonnées	*	.....	
de votre compte		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
	*		
		Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	.....	1
		Nom du créancier	
	*	.....	2
		Identification du créancier ICS	
Adresse	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
		Pays	
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐	
Objet du Mandat	*	.....	
Signé à	*	.....	
		Lieu	
		Date (JJ MM AAAA)	
Signature(s)	*	Veuillez signer ci-dessous :	

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

A retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères