



CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES CHIRURGIENS DENTISTES ET DES SAGES-FEMMES

50 avenue Hoche - 75381 PARIS Cedex 08
Tél : 01 40 55 42 42 - Fax : 01 42 67 43 70 - www.carcdsf.fr

Pour tous renseignements
concernant ce document :
Service Encaissement
Tél : 01 40 55 42 98
Fax : 01 40 55 63 58
E-mail : contacts@carcdsf.fr

CARCDSF
50 AVENUE HOCHÉ
75381 PARIS CEDEX08
FRANCE

N° adhérent :
(à indiquer impérativement)

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

J'opte pour le prélèvement automatique (joindre un RIB et remplir le mandat ci-dessous)

- En 12 échéances mensuelles de janvier à décembre
- En 4 échéances trimestrielles : mars, juin, septembre et décembre



Créancier : **Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes
et des Sages-Femmes
50 Avenue Hoche
75008 Paris - France**

Mandat

de prélèvement SEPA Identifiant créancier SEPA

Votre nom :
Votre adresse :

BIC :



IBAN :



Type de paiement : Paiement récurrent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CARCDSF à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à exécuter ces instructions.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention vous liant avec cette dernière.

Une demande de remboursement doit être présentée:

- dans le 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Signé à _____ le ___ / ___ / _____ Signature :

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

Merci de ne pas tenir compte de ce courrier si vous avez récemment demandé à adhérer au prélèvement automatique