

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 HOCHE

75381 PARIS 08
FRANCE

Réf : CV/CV/EC79F

N° adhérent :

(à rappeler dans tous vos courriers)

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 **FR47ZZZ102857**

de prélèvement SEPA Identifiant créancier SEPA

Nom :

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