Demande de prélèvement

N° d'adhérent ..... *ou* N° Sécurité sociale |__|__.__|__.__|__.__|__.__.__|__.__.__| |__.__|

Nom ..... Prénom .....

Je demande le prélèvement de mes cotisations sur mon compte selon la formule ci-après :

◯ mensuelle ◯ trimestrielle ◯ semestrielle ◯ annuelle

◯ Je souhaite que mes remboursements soient effectués sur le même compte que mes prélèvements.

◯ Je souhaite que mes remboursements soient effectués sur le compte suivant :

Établissement Guichet N° de compte Clé

|__.__.__.__.__|__.__.__.__.__|__.__.__.__.__.__.__.__.__.__.__| |__.__|

Vous trouverez ci-après l'autorisation de prélèvement à adresser à mon établissement financier.

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu à Prévadiès.

Fait à ..... le .....

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004.

Signature

Prévadiès
Harmonie Mutuelles
PLUS PROCHES, PLUS HUMAINS, PLUS UTILES

Ne pas détacher les 2 volets

Prévadiès, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, n° RNM 442 224 671.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.
DirCom - 10/10

Autorisation de prélèvement

N° NATIONAL ÉMETTEUR
482 207

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par Prévadiès. Il est bien entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec Prévadiès. Vous n'avez pas à m'aviser de l'exécution ou de la non-exécution des opérations, hors de l'extrait de compte que vous m'adresserez.

Titulaire du compte

Nom et prénom .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Désignation du compte à débiter

Établissement Guichet N° de compte Clé

|__.__.__.__.__|__.__.__.__.__|__.__.__.__.__.__.__.__.__.__.__||__.__|

Nom du créancier

Prévadiès
Harmonie Mutuelles

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

Nom .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Prévadiès, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, n° RNM 442 224 671.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.
DirCom - 10/10

Fait à ..... le .....

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004.

Signature

Très important : **les deux parties de cette demande de prélèvement sont à compléter et à signer avant de nous être retournées, obligatoirement accompagnées d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postale (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).**