



BERRY-TOURAINNE

☎ 02 54 44 87 87

Site Internet : www.msa-berry-touraine.fr

DEMANDE DE PRELEVEMENT AUX ECHEANCES

COTISATIONS ASSURANCES SOCIALES

Je vous prie de faire prélever sur mon compte, aux échéances, les sommes dues au titre de mes cotisations Assurances Sociales.

Ce mode de prélèvement sera valable à compter des cotisations du _____ trimestre _____ et sera renouvelé automatiquement, sauf avis contraire de ma part, notifié par écrit.

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM _____

Prénom _____

Matricule _____

Adresse personnelle _____

|_|_|_|_|_|_|_| _____

Code Postal

Bureau distributeur

Entreprise n° _____

Adresse de l'exploitation (si différente) _____

Fait à _____

Le _____

Signature

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de l'organisme destinataire de votre déclaration.

AUTORISATION DE PRELEVEMENTS AUX ECHEANCES

Je soussigné, autorise Monsieur le Directeur ou Chef d'Etablissement teneur de mon compte ci-dessous désigné, à payer par prélèvement sur l'avoir de ce dernier, le montant des ordres (ou avis) de chaque prélèvement AUX ECHEANCES établis à mon nom qui seront présentés par la Caisse de Mutualité Sociale Agricole Berry-Touraine, 19 avenue de Vendôme 41023 BLOIS CEDEX.

Je reconnais qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme encaisseur.

N° National Emetteur

573.764

IDENTITE DU COMPTE A DEBITER

NOM _____

Prénom _____

N° du compte _____

Etablissement teneur du compte _____

Fait à _____

Le _____

Signature du titulaire du compte à débiter

TRANSMISSION ET PIECES A JOINDRE

Prière de renvoyer **les deux parties de cet imprimé sans les séparer** à la Caisse de Mutualité Sociale Agricole Berry-Touraine, en y **joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.)**.