MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

Cadre Réservé Administration R+

En signant ce formulaire vous autorisez **la Société R+** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **Société R+**.

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

CREANCIER

Nom : **Société R+**

ICS : **FR85ZZZ409954**

Adresse : 2**1 RUE DE CHOISEUL**

Code postal : **75002** Ville : **PARIS** Pays : **FRANCE**

TYPE DE PAIEMENT

☒ Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel

*Veuillez compléter les champs marqués**

DEBITEUR

*N° d'identification CPAM :

*Nom, prénom ou raison sociale : .....

*Adresse : .....

*Code Postal : ..... *Ville : .....

*Pays : .....

Désignation du Compte à Débiter

*Numéro d'identification International du compte bancaire – **IBAN** (International Bank Number)

*Code international d'identification de votre banque – **BIC** (Bank Identifier Code)

*Fait à : .....

*Le : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature

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

Conformément à la loi "Loi Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 et au Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel des personnes physiques « **RGPD** », vous disposez, en justifiant préalablement de votre identité d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement « droit à l'oubli » concernant vos données ainsi qu'un droit à limitation de leur traitement. Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation, vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé (profilage) en écrivant à Société R+, 21 rue de Choiseul, 75002 Paris (indiquez vos nom, prénom, adresse, numéro de téléphone et joindre un justificatif d'identité).

A retourner à :

Email : adylis@rplus-sante.fr
Société R+ - 21 Rue de Choiseul – 75002 PARIS
Tel : 09 69 32 60 22

Merci de joindre obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)