MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat (RUM)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Cegedim Santé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Cegedim Santé.
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 et vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter les champs marqués d'un astérisque (*)

CREANCIER

Cegedim Santé
Nom du créancier

FR763006610949000100361016 3
Nom du créancier (ICS)

CLIENT DEBITEUR

Votre nom *

Nom/Prénom ou raison sociale

Votre RCS (si entreprise*)

Votre adresse *

Numéro et nom de la rue

*

Code postal *Ville*

*

Pays

Les coordonnées de votre compte *

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

*

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

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel / unique ☐

Signature *

Lieu *Date*

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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Tout retard de paiement entraîne l'application de pénalités de retard égales à trois (3) fois le taux d'intérêt légal en vigueur à compter du 1er jour de retard et sans qu'un rappel ne soit nécessaire. Conformément aux dispositions du Décret n°2012-1115 du 2 octobre 2012, en cas de non paiement d'une facture à son échéance, il sera également appliqué une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 euros. D'autre part, tout rejet de prélèvement autorisera Cegedim Santé à facturer au Médecin les frais bancaires correspondants ainsi qu'un forfait de traitement administratif équivalent à 15€uros HT, applicable par incident.