MANDAT DE DOMICILIATION SEPA-CORE

Nom

Prénom

N° et rue

Code postal **Localité**

Pays

Compte IBAN

BIC

Nom de la banque

Veuillez joindre une copie du relevé d'identité bancaire (RIB).

Encaissement ◯ **annuel** ◯ **semestriel** ◯ **mensuel**

Utilisation de l'IBAN indiqué comme compte de remboursement ? ◯ **Oui** ◯ **Non***

***Si non : Veuillez indiquer votre compte de remboursement ci-dessous**

*Veuillez joindre une copie du relevé d'identité bancaire (RIB).

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CMCM à envoyer des instructions à votre banque afin que cette dernière puisse débiter votre compte du montant de la cotisation.
Selon la législation en vigueur, vous disposez d'un délai maximal de 8 semaines à dater de la date du prélèvement de la cotisation pour en demander le remboursement éventuel auprès de votre banque.

Échéance du retrait :
Annuel : prélèvement automatique le 2 janvier
Semestriel : prélèvement automatique le 2 janvier et le 2 juillet
Mensuel : prélèvement automatique le 2 de chaque mois

Fait à

le

Signature

RÉSERVÉ À LA CMCM

Identification du créancier L U 2 8 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 0 0 0 8 3 9 8 0 0 2 0 0 1

Référence du mandat C M C M 0

Numéro d'affiliation P - 0

CMCM
ÄR GESONDHEETSMUTUELLE
ZANTER 1956

Adresse Postale L-2971 Luxembourg **Tél.** 49 94 45-400 **E-mail** comptabilite@cmcm.lu