partenamut
Cultivons votre santé

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE SEPA

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez :

- PARTENA MUTUALITE LIBRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PARTENA MUTUALITE LIBRE.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Votre banque peut vous renseigner au sujet de vos droits relatifs à ce mandat.
Délai de prénotification : 14 jours.

Identification du mandat

Objet du mandat : cotisations ou primes dues par le débiteur en matière d'assurances et services offerts par le créancier.
Type d'encaissement : récurrent (peut être utilisé plusieurs fois)

Informations relatives aux contrats entre le créancier et le débiteur fournies seulement à titre indicatif.

N° créancier : BE09ZZZ0411815280

Données personnelles

Numéro de client (mentionné sur les vignettes) : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... N° : ..... bte : .....

Code postal et localité : .....

Numéro de compte :

IBAN

Pour les comptes étrangers : BIC :

Date : / /

Signature

En signant ce mandat, vous acceptez qu'il soit utilisé pour tous les dossiers dont vous êtes payeur.

Je désire y ajouter les dossiers de cet autre titulaire :

Nom : ..... Prénom : ..... NISS : .....

Mandat à signer de façon électronique via My Partenamut ou à renvoyer dûment complété, daté et signé par formulaire de contact sur contact.partenamut.be ou par courrier à
Partenamut - Bd Louis Mettewie, 74-76 - 1080 Bruxelles.

A509L03001000000000000000000000000A