

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

N° NATIONAL EMETTEUR 261 807

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT/DU PAYEUR	
N° MDF	
NOM ET PRENOM	
ADRESSE POSTALE	
CODE POSTAL ET COMMUNE	

Je soussigné(e),
autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par la Mutuelle des Fonctionnaires. En cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec la Mutuelle des Fonctionnaires.

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
NOM et PRENOM	
ADRESSE POSTALE	
CODE POSTAL ET COMMUNE	

ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER	
DENOMINATION SOCIALE	
ADRESSE POSTALE	
CODE POSTAL ET COMMUNE	
COMPTE A DEBITER (1)	
Etablissement	Guichet
N° de compte	Clé
_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _
Type de paiement : mensuel	
<input type="checkbox"/> Cocher la case si le titulaire du compte bancaire n'est pas l'adhérent/le payeur	

IDENTIFICATION DU CREANCIER	
DENOMINATION SOCIALE	MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES
SIEGE SOCIAL – BP	28 RUE OLRV – VALLEE DU GENIE BP N2
CODE POSTAL ET COMMUNE	98851 NOUMEA CEDEX

Fait à _____, le ____ / ____ / _____
Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous dans les conditions prévues par la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004.

(1) : JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (R.I.B.) OU POSTAL (R.I.P.) DE NOUVELLE-CALÉDONIE.