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
I _ I _ I _ I _ I _ I	I _ I _ I _ I _ I _ I	I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I	I _ I _ I

Type de paiement : mensuel

☐ 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 OLRY – VALLEE DU GENIE BP N2
CODE POSTAL ET COMMUNE	98851 NOUMEA CEDEX

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

Dans le cadre de ce traitement, la mutuelle collecte des données à caractère personnel.
L'adhérent est invité à consulter la notice d'information, qui lui donnera de plus amples informations relatives à la protection de ses données, aux traitements effectués et aux droits qu'il estime utile d'exercer, conformément à la règlementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel, et en particulier la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.

(1) : JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (R.I.B.) OU POSTAL (R.I.P.) DE NOUVELLE-CALEDONIE.