AUTORISATION DE PRELEVEMENT SPECIALE ASSURANCE SANTE

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Le créancier :

REPAM

69482 LYON CEDEX 03

N° national d'émetteur

420 164

A COMPLETER OBLIGATOIREMENT

Le débiteur :

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

_____ Date _____

_____ Signature :

Code postal |_|_|_|_|_|

Ville _____

_____

NOM ET ADRESSE PRECIS DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement teneur du compte à débiter

Nom _____

Adresse _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Le compte à débiter Codes :

Etablissement	Guichet	Numéro de compte	Clé RIB
|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|