



## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

**A retourner accompagné de votre R.I.B. original**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la C.C.S.S. à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la C.C.S.S.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit lui être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Pour toutes les cotisations dont la C.C.S.S. assure le recouvrement, il est rappelé que :

conformément à l'article 33 du Règlement Intérieur de la C.C.S.S., « les cotisations sont exigibles au plus tard : le dixième jour suivant la réception de l'appel de cotisation pour les employeurs de gens de maison ». Les prélèvements interviendront conformément à ce délai et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour ouvré du mois suivant l'émission de l'appel de cotisation.

**Merci de compléter tous les champs et de signer ce formulaire pour permettre le traitement de votre demande.**

**CREANCIER** ———— **M C | 6 2 | Z Z Z | 1 1 2 | 7 3 9** ————

**CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX (C.C.S.S.)**

*Nom du créancier*

**11, rue Louis Notari**

*Adresse*

**98000**

*Code postal, Ville*

**MONACO**

Paiement récurrent / répété     Paiement ponctuel / unique

**COTISANT**

\_\_\_\_\_

*Matricule*

\_\_\_\_\_

*Nom du cotisant ou raison sociale pour le compte duquel le paiement est effectué*

**DEBITEUR (Titulaire ou raison sociale du compte à prélever)**

\_\_\_\_\_

*Nom et prénom ou raison sociale tels qu'ils figurent sur le Relevé d'Identité Bancaire (RIB)*

\_\_\_\_\_

*Compte bancaire au format IBAN tel qu'il figure sur le RIB*

\_\_\_\_\_

*Code BIC de la banque tel qu'il figure sur le RIB*

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

j j m m a a a a

Signature(s)

**A retourner à :**

**C.C.S.S.**

Service Recouvrement  
11, rue Louis Notari  
98000 MONACO

*Votre Référence Unique de Mandat vous sera communiquée par courrier après enregistrement de votre demande par nos services.*