

Nom :  
Référence.: /

**Vous souhaitez payer à l'avenir votre cotisation par domiciliation?**

Complétez ce formulaire et envoyez-le à votre mutualité.

**Remarque importante**

Dès que votre domiciliation sera acceptée, vous ne recevrez plus de bulletin de virement.  
Cela peut prendre du temps: tenez-en compte.

Aussi longtemps que vous recevrez un bulletin de virement, il est nécessaire que votre cotisation soit payée par virement.

-----

**Mandat SEPA domiciliation européenne**

En signant ce formulaire, vous donnez la permission (A) au créancier d'envoyer une instruction à votre banque afin de débiter un montant de votre compte bancaire et (B) à votre banque de débiter un montant de votre compte bancaire en accord avec l'instruction du créancier. Vous pouvez vous faire rembourser une domiciliation européenne. Renseignez-vous auprès de votre banque sur les conditions. La demande de remboursement doit être faite endéans les huit semaines à compter du jour où le montant a été débité de votre compte bancaire. Votre banque peut vous renseigner sur vos droits concernant ce mandat. Il est obligatoire de compléter tous les champs.

**Identification du mandat (à compléter par la Mutualité Libérale MUTPLUS.be)**

Numéro du créancier: BE97ZZZ0411726396  
Référence du mandat: SDD403  
Description du contrat: HOPITAL PLUS  
Type de paiement: récurrent

**Identification du débiteur (à compléter par le débiteur)**

Nom: .....  
Adresse: .....  
Code Postal: ..... Localité: .....  
Pays: .....

IBAN 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 BIC 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Périodicité:  trimestrielle       annuelle

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature .....