

N° DE DOSSIER | | | | | | | | | | | |

**ATTENTION, CE FORMULAIRE EST VALABLE  
UNIQUEMENT À PARTIR DE VOS FUTURES ÉCHÉANCES.**

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

CP | | | | | Ville .....

## PAIEMENT RÉCURRENT DES COTISATIONS

**Cochez la case correspondant à la périodicité de paiement souhaitée**

mensuel (janvier à décembre)

trimestriel (janvier-avril-juillet-octobre)

semestriel (janvier-juillet)

En signant ce mandat, j'autorise la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la CAVP.

Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

LIEU ET DATE > À ..... le | | | | | | | |

SIGNATURE >

*NB : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

## DONNÉES DU MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

### TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom / Prénoms : \_\_\_\_\_

Numéro et nom de la rue : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

### LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE (justificatif ① voir au verso)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

| | | | | | | | | | | |

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

### LES COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Nom de la banque : \_\_\_\_\_

Numéro et nom de la rue : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

### L'ORGANISME CRÉANCIER

Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP)  
45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09 - France

| F | R | 9 | 1 | Z | Z | Z | 3 | 2 | 9 | 1 | 4 | 2 |  
ICS (Identifiant créancier SEPA)

LA RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT VOUS SERA COMMUNIQUÉE ULTÉRIEUREMENT PAR COURRIER

## Justificatif à joindre impérativement à votre dossier

- 1 Le RIB du compte à débiter avec mention de l'IBAN et du BIC

### Important

► **Dans le cadre d'un prélèvement récurrent de vos cotisations**, votre mandat de prélèvement SEPA devra nous parvenir au moins trente jours avant la date de la première échéance. Jusqu'à celle-ci, vous réglerez vos cotisations par chèque.

La CAVP vous adressera, au début de chaque année, ou en cours d'année s'il y a lieu, un échéancier sur lequel figureront le montant de vos cotisations et les dates de leur prélèvement.

L'envoi de cet échéancier tiendra lieu de notification de l'arrivée des prélèvements pour l'ensemble de l'année.

► **En cas de révocation de mandat, de modification de l'une de ses données ou de réclamation relative à vos prélèvements SEPA**, nous vous remercions de bien vouloir adresser vos demandes au Département cotisants : CAVP, 45, rue de Caumartin – 75441 Paris Cedex 09 ou par courriel à l'adresse suivante : [cotisants@cavp.fr](mailto:cotisants@cavp.fr).

**Protection des données informatiques** : toutes les données vous concernant sont traitées conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données qui vous concernent. Pour l'appliquer, il vous suffit de nous en faire la demande par courrier à l'adresse suivante : Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens - 45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09, ou par courriel à l'adresse : [dpo@cavp.fr](mailto:dpo@cavp.fr), en précisant vos nom, prénom et numéro de dossier CAVP.

**Exercice du droit de communication** : en application de l'article L.114-19 du code de la Sécurité sociale, la CAVP est habilitée à exercer un droit de communication. Dans ce cadre, les informations que vous déclarez peuvent être vérifiées.



45, rue de Caumartin • 75441 Paris Cedex 09  
Tél. : 01 42 66 90 37 • Fax : 01 42 66 25 50  
Courriel : [cavp@cavp.fr](mailto:cavp@cavp.fr) • Internet : [www.cavp.fr](http://www.cavp.fr)

Vos démarches en ligne, depuis votre espace  
personnel sécurisé, sur :  
**[www.cavp.fr](http://www.cavp.fr)**

Accueil téléphonique et entretiens retraite (sur rendez-vous) :  
**du lundi au vendredi, de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h**

Accès à nos locaux :

**RER Auber ou Métro Havre-Caumartin, entrée par le hall situé rue Auber**

