

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 ___/___/20___

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 du 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 modification des données de ce mandat**, nous vous remercions de bien vouloir modifier vos références bancaires sur www.cavp.fr, directement depuis votre espace personnel.

Attention : la modification de vos références bancaires ne doit être réalisée depuis le site Internet de la CAVP que si vous n'avez pas opté pour la mobilité bancaire. Dans le cas contraire, en effet, votre établissement bancaire nous communiquera directement le changement de vos références.

► **En cas de révocation de mandat 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.

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, 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 • Internet : www.cavp.fr

- **N'oubliez pas de signer ce formulaire**
- **Joignez impérativement la/les pièce(s) demandée(s)**
- **Envoyez l'ensemble par courrier à la CAVP :
45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09**

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