CHANGEMENT COORDONNEES BANCAIRES
POUR LE PRELEVEMENT DES COTISATIONS D'ASSURANCE MALADIE

En cas de changement de domiciliation, quelle que soit l'origine de ce changement (changement d'agence, de compte, etc.), votre mandat reste valable. Vous devez adresser un nouveau relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne du nouveau compte accompagné du présent formulaire.

Les champs marqués de (*) sont obligatoires

***** Nom, Prénoms :

……

***** Adresse :

……

……

***** Numéro de Sécurité Sociale :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

En signant ce formulaire, vous autorisez la RAM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier, la RAM.

SIGNATURE

Merci de retourner ce formulaire complété, signé et accompagné d'un RIB à l'adresse de votre centre de gestion.