

SOUTIEN AUX AGRICULTEURS EN DIFFICULTE
PROPOSITION D'ETALEMENT DES COTISATIONS
SOCIALES

Je soussigné(e),

Nom - Prénom : _____

N° téléphone : _____

Domicilié(e) :

agissant en qualité de membre non salarié de la société :

N° SIREN de la société :

agissant à titre individuel

N° de Sécurité Sociale :

déclare rencontrer des difficultés financières pour régler les factures de cotisations sociales émises au cours l'année 2016 ou des exercices antérieurs:

- au titre des cotisations d'exploitant pour un montant de _____ €

- au titre des cotisations patronales pour un montant de _____ €

déclare rencontrer des difficultés financières pour régler les prochaines échéances mensuelles de mes cotisations d'exploitant et sollicite la suspension des prélèvements mensuels pour l'année 2016.

Je note que la mensualisation de mes cotisations reprendra à partir de janvier 2017.

m'engage à m'acquitter des cotisations ainsi dues à la Caisse de la MSA selon l'échéancier suivant :

- le _____ prélèvement de (1) _____ €

- le _____ prélèvement de _____ €

(1) pour la mise en place du prélèvement vous devez impérativement compléter le mandat SEPA joint au présent document.

Le 2016

Signature

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

RUM :
Référence Unique du Mandat

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

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 être présentée :

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

Votre Nom /	*	.....	1
Raison sociale		Nom / Prénom du débiteur	
N° Immatriculation /	*	.....
N° Entreprise		.....
Votre adresse	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
Les coordonnées	*	.....
de votre compte		Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)	
	*	
		Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	MSA Loire-Atlantique Vendée.....	1
		Nom du créancier	
	*	FR12ZZZ573355.....	2
		Identification du créancier ICS	
Adresse	*	33 BD REAUMUR.....	2
	*	85933 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
	*	.....	2
		Pays	
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input checked="" type="checkbox"/>	
Objet du Mandat	*	Plan de Paiement - Echancier	
Signé à	*	.....
		Lieu	
Signature(s)	*	.....
		Date (JJ MM AAAA)	
	*	Veuillez signer ci-dessous :	

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

A retourner à : MSA Loire-Atlantique Vendée	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
2 impasse de l'Espéranto	
Saint Herblain	
44957 NANTES Cedex 9	

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères