



Votre correspondant :

Cab MAROLLEAU ET ARCHEREAU
Téléphone : 03 80 24 75 80

Votre conseiller APRIL :

Le Service Cotisations
Téléphone : 04 26 29 70 53

Votre numéro de client :

06.35238.00 (A rappeler pour toute
correspondance avec nos services)

**CAROLINE PARENT ET
ASSOCIES**

10B RUE DES NAIGEONS

21200 BEAUNE

Lyon, le 2 janvier 2023

Messieurs,

**Savez-vous que vous pouvez effectuer le règlement
des cotisations de votre entreprise par prélèvement automatique ?**

Pour cela, nous vous remercions de nous retourner le mandat de prélèvement ci-dessous dûment complété,
daté et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

Vous pouvez nous communiquer ces documents par mail à gestion.collectives@april.com, par fax au
04 72 36 74 10 ou par courrier à l'adresse suivante :

APRIL Santé Prévoyance - Service Cotisations Collectives - TSA 80004 - 69439 LYON CEDEX 03

Nous vous prions de croire, Messieurs, à l'expression de nos respectueuses salutations.

Nadine PETIT
Responsable Relation Clients

Code Interne : CE/IM

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

N° de client : 06.35238.00

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ASP. 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 débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués *

Votre nom ou raison sociale* : SAS CAROLINE PARENT

Votre prénom* :

Adresse* : 10B Rue des Naigeons

Code Postal* : 21111 Ville* : BEAUNE

Pays* : FRANCE

Les coordonnées de votre compte* : Joindre un Relevé d'Identité Bancaire

FR 76 / 1100 / 6210 / 0452 / 1067 / 7907 / 439

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

BIC AGRIFRPP210

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

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmis à cet effet qu'à votre banque. Conformément au Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données personnelles soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - TSA 80004 - 69439 LYON CEDEX 03, soit par mail à dpo.aspcollectives@april.com

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR 85 COL 423 146

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance
TSA 80004 - 69439 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : Paiement récurrent
 Paiement ponctuel

Signé à* : Beaune

Date* : 02/01/2023

Signature(s)* :

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte



CR CHAMPAGNE BOURGOGNE
CAE VITI BEAUNE
Tel. 0380222137 Fax. 0380249517

03/01/2023
00254

Intitulé du compte

S.A.S. CAROLINE PARENT ET
ASSOCIES
10 B RUE DES NAIGEONS
21200 BEAUNE

Domiciliation

Code banque
11006

Code guichet
21004

Numéro de compte
52106779074

Clé RIB
39

IBAN

FR76 1100 6210 0452 1067 7907 439

Code BIC (Bank identification code) - code SWIFT

AGRIFRPP810

Notre n° de client 06.35238.00