



Caisse-Maladie de la Vallée d'Entremont
Case postale 13
1937 Orsières

Débit Direct

Prélèvement automatique pour

- Primes
- Participations

Date et signature : _____

Ce document complété accompagné du formulaire « Autorisation de débit avec droit de révocation » également complété **doivent être transmis à la CMVEO pour application.**

Autorisation de débit avec droit de révocation pour le compte postal de PostFinance (Debit Direct)

Bénéficiaire

Caisse Maladie de la Vallée d'Entremont

Case postale 13

1937 Orsières

N° d'adhérent Debit Direct

Client

Par ma signature, j'autorise le bénéficiaire, sous réserve de révocation, à débiter les montants dus de mon compte postal.

N° de référence du client

N° du compte postal

Nom, prénom

Entreprise

Rue, n°

NPA, localité

Téléphone privé

Téléphone professionnel

E-mail

Lieu, date

Signature(s)*

*Signature du mandant ou du mandataire sur le compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

Lorsque mon compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance n'est pas obligée d'effectuer le débit. Les inscriptions au débit par Debit Direct ne me coûtent rien. Je conserve le droit de révoquer par écrit auprès de mon Operations Center les débits effectués dans les 30 jours dès l'envoi de l'extrait de compte.

Veuillez envoyer l'autorisation de débit entièrement complétée à l'adresse du bénéficiaire indiquée ci-dessus.

