



## AVIS D'APPEL DE COTISATIONS SANTE

**M.N.T**  
AGENCE D'ANGOULEME  
30 RUE DENIS PAPIN  
16022 ANGOULEME CEDEX

AUSSAC VADALLE MAIRIE  
MAIRIE  
16560 AUSSAC VADALLE

Identification	Collectivité	Payeur	Mois de Prélèvement	Échéance
016024-CMS/00	AUSSAC VADALLE : MAIRIE	Membre participant	09/2021	10/2021

Nous vous remercions de procéder au versement des cotisations dues à notre organisme au plus tard avant la date d'échéance. À défaut, les garanties concernées pourraient être suspendues

MEMBRE PARTICIPANT		Références	Garanties	Montant dû par le payeur	Rappel	Trop payé	Total	Ecart
Matricule	Nom et prénom							
	Croizard Celine	0003602740	MNT CONFORT	132,70	0,00	0,00	132,70	
	Lalut Pascal	0000624572	EV C1 C4 SE2	105,50	0,00	0,00	105,50	

Montant médico chirurgical : TOTAL GENERAL : Nombre d'agents :	238,20 € 238,20 € 2	DATE ET MONTANT DES MANDATS ..... ..... mandat 531 ..... ..... 65 65 du 20/09/2021 ..... ..... .....
--	---------------------------	--

Ces garanties labellisées sont éligibles à la participation employeur, hormis la garantie MNT Santé Essentielle ainsi que celles suivies d'un astérisque.

as de trop payé supérieur au montant de l'échéance, la régularisation s'effectuera sur la prochaine échéance.  
Un exemplaire de ce document est à renvoyer à l'adresse suivante :

Mutuelle Nationale Territoriale  
Centre de Traitement Cotisations  
TSA 80012  
33044 BORDEAUX CEDEX

Si le payeur est l'employeur, et que celui-ci règle annuellement, veuillez ne pas tenir compte du présent document.

Versement à effectuer sur le compte :  
Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Gui- chet	N°Compte	clé de- verse	Domiciliation
10107	00228	00152911046	68 EUR	BRED VINCENNES

Identifiant International de compte bancaire

IBAN(International Bank Account Number)	BIC(Bank Identifier Code)
FR76 1010 7002 2800 1529 1104 668	BREDFRPPXXX