



## AUTORISATION DE PRECOMPTE

**JE SOUSSIGNE (1)**.....  
GRADE.....  
FONCTION.....  
ADRESSE.....  
ORGANISME EMPLOYEUR.....  
MONTANT DU PRET ACCORDE.....  
MONTANT DE L'ECHEANCE MENSUELLE.....  
NOMBRE D'ECHEANCE.....  
DATE DE LAPREMIERE CHEANCE.....

**AUTORISE MON EMPLOYEUR A PROCEDER AUX PRECOMPTE  
MENSUELS CI-DESSUS SUR MON TRAITEMENT AU TITRE DU PRET QUI M'A  
ETE CONSENTI PAR LES OEUVRES SOCIALES, JUSQU'A REMBOURSEMENT  
INTEGRAL DE CE DERNIER.**

**VISA DE LA STRUCTURE DES OEUVRES SOCIALES**

**DATE ET SIGNATURE DE L'INTERESSE**

**Nom et Prénom**