



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