



DEMANDE D'ARRET DE PRELEVEMENT BANCAIRE

DEMANDEUR

Je soussigné(e),

Nom et Prénom

Raison Sociale

DN

Né(e) le

Adresse postale

Adresse géographique

 Téléphone dom/port

Bur

Fax

Email

agissant en qualité de

demande l'arrêt des prélèvements en votre faveur,

N° EMP	<input type="checkbox"/> Des cotisations sociales concernant le dossier EMPLOYEUR <input type="text"/> / <input type="text"/> , à compter de celles du mois de : <input type="text"/> / <input type="text"/> (1) ;
DN	<input type="checkbox"/> Des cotisations RNS, concernant le DN <input type="text"/> , à compter de ce jour (2) ;
DN	<input type="checkbox"/> Des cotisations en Assurance Volontaire, concernant le DN <input type="text"/> , à compter de ce jour (2) ;
DN	<input type="checkbox"/> Sommes dûes relatives à un trop perçu ou un recours contre tiers <input type="text"/> , à compter de ce jour (2) ;

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

à	<input type="text"/>	le	<input type="text"/>
Signature			

Remarques :

- (1) L'arrêt de prélèvement employeur doit être saisi à M - 1 (ex : Un arrêt de prélèvement a/c de 12/2001 sera saisi 11/2001).
- (2) Rayer les mentions inutiles.

N.B. Pas de surcharge, ni de rature, ni de correction au blanco