

## Reconnaissance de dette

N° allocataire :

Service : Recouvrement

Je soussigné(e) :

Adresse :

Reconnais devoir à la caisse d'Allocations familiales de l'Essonne la somme de :

- En chiffres :
- En lettres :

Représentant le solde :

Je m'engage à rembourser cette somme par versements mensuels de \_\_\_\_\_ euros.

- Par prélèvement automatique sur mon compte (ci-joint mandat de prélèvement Sepa à nous retourner dûment complété, daté et signé, accompagné d'un Relevé d'identité bancaire (Rib) en mentionnant l'adresse exacte de votre agence bancaire).
- Par chèque bancaire libellé à l'ordre de l'agent comptable de la Caf de l'Essonne.

J'adresserai mes règlements au plus tard le \_\_\_\_\_ de chaque mois, et ce, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

**Très important :**

J'ai été prévenu que sans versement d'une mensualité à l'échéance prévue, pour quelque motif que ce soit, la totalité des sommes restant dues sera exigée immédiatement et je m'exposerai, de ce fait, aux poursuites prévues par la loi.

A

le

Signature

Ne pas omettre d'indiquer votre numéro allocataire au dos de vos formules de paiement.



\*00000002071900000000\* RECD ET