

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Demande de PRET D'HONNEUR

RENSEIGNEMENTS DE L'AGENT OUVRANT DROIT

NOM Prénom

NOM de jeune fille pour les femmes mariées :

Adresse :

CP : VILLE :

N° Sécurité Sociale Né(e) le : / /
à :

Situation de famille (1)

Célibataire	Pacsé	Concubin	Marié(e)	Séparé(e)	Divorcé(e)	Veuf(ve)
-------------	-------	----------	----------	-----------	------------	----------

COMPOSITION DU FOYER (conjoint, enfants, autres membres de la famille)

NOM Prénom	Lien de parenté (2)	Date de naissance	Participe aux dépenses du foyer	
			Oui	Non
Nombre total de personnes au foyer (3)		Nombre de personnes contribuant à l'entretien du foyer		

MOTIF DE LA DEMANDE DU PRET D'HONNEUR

Expliquez brièvement le motif pour lequel vous sollicitez l'attribution d'un prêt d'honneur (4) :

.....

.....

.....

.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Dater, signer

(1) Barrer les cellules inutiles.
 (2) Indiquer : conjoint, fils, fille, autre.
 (3) Joindre votre dernier avis d'imposition.
 (4) Joindre tous les justificatifs nécessaires pour appuyer votre demande de prêt d'honneur.
 (5) Joindre un RIB ou RIP.



ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Accord d'attribution d'un PRET D'HONNEUR

La Commission Santé Solidarité de la CMCAS LOIRE vous accorde un prêt d'honneur dont le montant est de 1500,00 euros.

Veuillez compléter les informations ci-dessous.

Je soussigné : M. Mme Mlle (nom, prénom)

Demeurant :

CP : Ville :

Autorise ma banque à effectuer le virement permanent de mon compte bancaire vers celui de la CMCAS LOIRE, pour remboursement des mensualités du prêt d'honneur qui m'a été consenti (1).

Joindre un RIB et signer la demande de virement permanent ci-jointe.

J'atteste sur l'honneur ne pas être en position de surendettement.

En cas de départ de nos Entreprises (refus de titularisation, démission, licenciement, mutation ou création d'entreprise) je m'engage à rembourser immédiatement le solde du prêt d'honneur à la CMCAS LOIRE.

Le / /

Mention manuscrite « lu et approuvé » et signature

(1) Ce prêt est remboursable en 12 mensualités égales (soit 125 € par mois).
Le virement s'effectue à compter du deuxième mois après l'obtention du prêt.

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

DEMANDE DE VIREMENT PERMANENT

Je soussigné M. Mme Mlle (nom, prénom) :

Demeurant :

CP : Ville :

Titulaire du compte ouvert auprès de la banque :
(joindre un RIB ou RIP)

Vous demande de mettre en place un virement permanent selon les modalités suivantes :

- ✓ Montant : 125 €uros
- ✓ Périodicité : mensuelle
- ✓ Date d'effet : / / Date de fin : / /

Vers le compte bancaire de la CAISSE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE ET d'ACTION SOCIALE des I.E.G. (CMCAS) ouvert auprès de la CAISSE D'EPARGNE Loire Drôme Ardèche dont les coordonnées bancaires sont les suivantes :



Relevé d'identité bancaire / IBAN

Cadre réservé au destinataire du relevé

--

Identification du compte pour une utilisation nationale

14265	00600	08002470694	08
<small>Code Banque</small>	<small>Code guichet</small>	<small>Numéro de compte</small>	<small>Clé RIB</small>



00039757508218 0030221

CMCAS LOIRE
54 RUE DES ACIERIES
42000 SAINT-ETIENNE

Domiciliation

BIC

CE LDA	(00600)	CEPAFRPP426
--------	---------	-------------

Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN)

FR76	1426	5006	0008	0024	7069	408
------	------	------	------	------	------	-----

Date et signature du donneur d'ordre :