Caf du Morbihan
70 rue de Sainte Anne
56018 Vannes Cedex

www.caf.fr

3230 Service gratuit + prix appel

RECONNAISSANCE DE DETTE

A compléter au stylo bille, encre noire

Numéro allocataire ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐

Je soussigné(e) .....
(indiquez vos nom et prénom)

Téléphone.....
(pour vous joindre plus facilement)

m'engage à rembourser à la caisse d'Allocations familiales du Morbihan ma dette (ou mes dettes) dont je suis redevable pour un montant de :

- en chiffres ..... **€**

- en lettres .....
(*indiquez le montant en toutes lettres)*

par versements mensuels de ..... **€**

Choix du moyen de paiement :
(cochez la case correspondante)

- ❑ Paiement par carte bancaire directement sur www.caf.fr → mon compte → mes dettes (procédure sécurisée)
- ❑ Prélèvements automatiques (nous retourner la demande de prélèvements jointe dûment complétée, datée et signée, accompagnée de votre relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne). Le prélèvement sera effectué sur votre compte le 10 de chaque mois
- ❑ Virement d'ordre permanent (veuillez donner à votre organisme bancaire un ordre de virement permanent sur notre compte ouvert à la Caisse des Dépôts n° BIC CDCGFR PP et IBAN n° FR19 4003 1000 0100 0014 4593 R 59)
- ❑ Chèque bancaire ou postal *(à établir à l'ordre* du Directeur comptable et financier *de la Caf du Morbihan et à nous adresser chaque mois en précisant votre numéro d'allocataire au dos du chèque)*

J'ai pris connaissance du fait que :

- **la caisse d'Allocations familiales du Morbihan peut refuser ce plan de remboursement si les modalités sont insuffisantes, j'en serai informé(e) et je recevrai une contre-proposition,**
- **à défaut de réponse, ce plan sera considéré comme accepté et vaudra engagement de ma part,**
- **si je ne respecte pas ce plan de remboursement, la caisse d'Allocations Familiales me réclamera, par voie de justice si nécessaire, le remboursement immédiat de la totalité de ma dette.**

Fait à ....., le .....

Signature