



AUTORISATION DE PRELEVEMENT SUR TRAITEMENT

S.I.H.B.E.F

Je soussigné (Nom, Prénom) : _____

Code Agent : _____

Grade : _____

Service d'affectation : _____

Autorise le Secrétaire Général du S.I.H.B.E.F à prélever sur mon traitement le montant des prestations qui me sont servies par le C.L.O.S.

Fait à Neuilly-sur-Marne,
Le _____

Signature