



**AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT  
SUR TRAITEMENT**

EPS  
VILLE-EVRARD

Je soussigné (nom, prénom, en majuscule) : .....

N° Matricule : .....

Grade : .....

Service : .....

Autorise le Directeur de l'E.P.S de Ville-Evrard 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