



**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