

DEMANDE D' ECHEANCIER DE PAIEMENT**NOM – PRENOM :****ADRESSE :****TELEPHONE :****ADRESSE EMAIL :****MATRICULE :****Motivation de la demande :** (préciser l'origine des difficultés qui vous amène à demander un échéancier de règlement)

Etes vous bénéficiaire du RSA : **oui** **ou** **non****Nature de la créance concernée par la demande d'échéancier :**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indu de prestations retraite | <input type="checkbox"/> Recours successoral FSV |
| <input type="checkbox"/> Indu de prestations familiales | <input type="checkbox"/> Indu de RSA |
| <input type="checkbox"/> Indu de prestations santé | |

Montant de la créance : ____ €**Période concernée :** _____**Proposition de modalités de remboursement échelonné *** (sous réserve d'acceptation par la MSA) :

- **par retenue sur les prestations** _____ **à raison de**
_____ € **par mois**

- **par prélèvement bancaire mensuel d'un montant de :** _____

Les prélèvements bancaires se font soit le 5, le 15 ou le 25 du mois –
Précisez votre choix : _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Date : _____**Signature**