



CMCAS ESSONNE

IMPRIME D'AUTORISATION DE PAYER DES PRESTATIONS A UN TIERS

DOMAINE FAMILLE- COTISATION DE VIE ETUDIANTE ET DE CAMPUS

Je soussigné (e)

Nom :

Prénoms (soulignez le prénom courant) :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : **Commune :**

N I A :

Déclare, par la présente, autoriser le versement de la Cotisation de Vie Etudiante et de Campus sur le compte bancaire ou postal* de l'ayant droit :

Nom :

Prénoms (soulignez le prénom courant) :

Date de naissance :

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à informer ma CMCAS de tout changement concernant ma situation.

Date de la demande :

Signature de l'ouvrant droit

Signature de l'ayant droit

*** joindre un IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code) de l'ayant droit**

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les informations marquées d'un astérisque sont facultatives les autres étant obligatoires. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS
.Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : CCAS - Le Responsable des Traitements - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX.
Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.