DEMANDE DE DELAI DE PAIEMENT

<u>IDENTIFICATION</u>				
Nom et prénoms :_				
morale :	'agit d'une société, Associa			
Adresse :				
				_
N° de cotisant :	- En qualité d'employ	eur :		
	- En qualité d'ETI :			_
RAPPEL DES CONDI	TIONS			
	omptes doit être complet, mployeur du Régime Géné	·	•	
•	payé au minimum les frai r : un reçu de paiement de	•		te que ceux en
PROPOSITION D'EC	HEANCIER			
Périodes concernée	es:			_
Nombre d'échéance	es souhaité :			
Option de prélèvement : 1 ^{er} du mois □		10 du mois□	20 du mois□	
Date du 1 ^{er} prélève	ment :			
Date :		Signature :		