



DEMANDE D'ECHEANCIER DE PAIEMENT DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES

Retourner les documents par :

- **courriel** : recouvrement@alpesvacluse.msa.fr
- **courrier** : à l'attention du service contentieux, *MSA ALPES VAUCLUSE, 1 place des maraîchers 84056 AVIGNON Cedex 9*

Nom ou raison sociale :

Numéro identifiant (NIR/SIRET) :

Adresse postale :

.....

.....

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

Adresse-mail:

Madame, Monsieur,

Etant redevable envers la MSA ALPES VAUCLUSE d'une dette d'un montant de euros, au titre des :

- Cotisations et contributions non salariées, majorations de retard et pénalités***
- Cotisations et contributions sur salaires, majorations de retard et pénalités***

Portant sur les périodes suivantes :

.....

.....

.....

Je prends note que :

- Ma demande revêt un caractère exceptionnel et que l'accord d'un échéancier de paiement ne suspend pas l'application des majorations de retard
- Des mises en demeure et contraintes relatives aux cotisations visées dans l'échéancier vous seront adressées aux seules fins de garantie
- La caisse de MSA est autorisée à garantir sa créance notamment par la prise d'hypothèque ou l'exigence d'une caution solidaire
- A l'issue et sous réserve du respect de mon échéancier, la MSA ALPES VAUCLUSE statuera sur une éventuelle remise des majorations de retard, sans autre démarche de ma part. Les majorations complémentaires ne seront remises qu'en cas de circonstances exceptionnelles
- Je peux régler ma dette à tout moment par anticipation
- **Toute demande incomplète, non motivée ou non accompagnée de la demande de prélèvement (mandat SEPA et RIB) fera l'objet d'un rejet**

Je m'engage à :

- Régler mes échéances aux dates indiquées dans l'échéancier qui me sera accordé
- Régler aux dates d'exigibilité toutes les cotisations émises postérieurement à la date de cette demande
- Être à jour de mes obligations déclaratives

Le non-respect de mes engagements entraînera la résolution de l'échéancier et la reprise du recouvrement par toute voie de droit.

Date : /...../.....

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

A RETOURNER AU SERVICE CONTENTIEUX

recouvrement@alpesvaucluse.msa.fr

Votre Nom / Raison sociale *

N° Immatriculation / N° Entreprise *

Votre adresse *

*

*

Les coordonnées de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN (~~International Bank Account Number~~)

Code international d'identification de votre banque BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier *MSA ALPES VAUCLUSE

Identification du créancier ICS * FR86ZZZ192171

Adresse * 1 PLACE DES MARAICHERS

* S60505

* 84056 AVIGNON CEDEX 9

* FRANCE

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif

Objet du Mandat * PLAN DE PAIEMENT

Signé à * Lieu Date

Signature(s) * **Veillez signer ci-dessous :**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MSA ALPES VAUCLUSE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MSA ALPES VAUCLUSE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.