



THIS DOCUMENT IS ONLY THE TRANSLATION, THE FORM MUST BE FILLED AND SIGNED IN FRENCH VERSION (SEE BELOW)

PERMISSION TO ACCESS PAYMENT INFORMATION

EMPLOYER AFFILIATION NO

EMPLOYER NAME OR COMPANY NAME

I the undersigned, legal representative of the employer named above, in the capacity of, authorise the Caisses Sociales de Monaco to provide online access regarding payment information to my Accounting Firm so that it can draw up an interbank payment order (TIP) under the SEPA standard.

I take full note that this authorisation does not constitute an electronic payment delegation to my accounting firm and that it can be revoked at any time by contacting the Collections Department by email or letter.



AUTORISATION D'ACCES AUX INFORMATIONS DE PAIEMENT

N° D’AFFILIATION DE L’EMPLOYEUR

NOM OU RAISON SOCIALE DE L’EMPLOYEUR

Je soussigné(e) représentant(e) légal(e) de l'employeur ci-dessus mentionné, en qualité de, autorise les Caisses Sociales de Monaco à fournir, en ligne, à mon Cabinet Comptable l'accès aux informations de paiement permettant d'établir un TIP à la norme SEPA.

J'ai pris bonne note que cette autorisation n'a pas valeur de délégation de télépaiement donnée à mon comptable et qu'elle est révoquée à tout moment en contactant le Service Recouvrement par courrier ou par mail.

Fait à

Le

Signature

Précédée de la mention « lu et approuvé »