

**DIRECTION GENERALE DES FINANCES PUBLIQUES**

*SGC AUBAGNE
55 AVENUE MARCEL PAUL
CS 11009
13788 AUBAGNE CEDEX*

Formulaire de

**DEMANDE DE
DELAI DE PAIEMENT****Pour nous joindre / Références**

Votre correspondant :
Tél : 04.42.36.92.40
Mél. : t013002@dgfip.finances.gouv.fr
Horaires d'ouverture : TLJ de 8h30 à 12h00
Avec ou sans rendez-vous

1 - VOS COORDONNÉES

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

Numéros de téléphone (pour vous joindre en cas de nécessité) :

Fixe/Portable : _ _ _ _ _

Email :

2 - TITRES OU RÔLES CONCERNÉS PAR LA DEMANDE

COLLECTIVITE : _ _ _ _ _

Numéro Titres ou Rôles : _ _ _ _ _

Montant dû : _ _ _ _ _

COLLECTIVITÉ : _ _ _

Numéro Titres ou Rôles : _ _ _ _ _

Montant dû : _ _ _ _ _

3 - DÉLAI DE PAIEMENT DEMANDÉ

Montant dû : _ _ _ _ _ euros

Proposition du nombre d'échéances mensuelles : _____

A compter du : _ _ / _ _ / _ _

5 - MOTIVATION DE LA DEMANDE DE DÉLAI DE PAIEMENT (indiquez les causes de vos difficultés financières)

6 - MODE DE PAIEMENT (optez pour le mode de paiement de votre choix en cochant la case appropriée. Si vous choisissez le prélèvement, précisez le jour auquel vous souhaitez que le prélèvement intervienne dans le mois)

<input type="checkbox"/> Prélèvement mensuel sur votre compte bancaire.	<i>Remplissez et signez le mandat de prélèvement joint, renvoyez-le à l'appui du dossier en joignant un relevé d'identité bancaire (BIC-IBAN)</i>
Précisez le jour du mois qui a votre préférence pour le prélèvement :	<input type="checkbox"/> 08 ou <input type="checkbox"/> 28
<input type="checkbox"/> Chèque ou numéraire	<i>Ne pas omettre de respecter les échéances sous peine de poursuites.</i>

8 - Je certifie l'exactitude des informations portées sur ce document.

J'ai été informé que les informations recueillies feront l'objet d'une vérification.

Date :

Signature du contribuable :

DECISION

CAS 1 : Accord de principe immédiat (sous réserve de vérification des éléments recueillis) :

Je m'engage à payer le montant dont je suis redevable en trois fois et par prélèvement.

*

L'échéancier vous sera transmis par courrier dans les 8 jours

L'échéancier vous a été remis directement

CAS 2 : Votre demande nécessite une analyse par le gestionnaire de votre dossier :

Joignez les pièces justificatives listées ci-dessous et complétez les revenus et les charges mensuels.

Adressez le tout au SGC d'Aubagne 55 Avenue Marcel Paul, CS 11009, 13677 Aubagne Cedex.

Le gestionnaire de votre dossier vous répondra dans un délai de 15 jours après réception des documents, de préférence par e-mail.

Date :

Nom et signature de l'agent d'accueil,

Pièces à fournir (cas 2 uniquement)

Pour vous et votre conjoint :

- Copie du dernier bulletin de salaire, du dernier bulletin de pension ou de retraite, ou copie de la notification de droits Pôle emploi, attestation CAF (où figure les noms et prénoms des enfants).
- Relevé d'identité bancaire ou postal
- Le cas échéant, copie des documents justifiant de vos difficultés financières actuelles

Cadre à compléter (cas 2 uniquement)

Revenus mensuels du foyer	Charges mensuelles du foyer
• Salaires, Pensions, retraites : _____	• Loyer _____
• Indemnités ANPE : _____	• Crédits en cours _____
• RSA : _____	• Autres (préciser) _____
• Allocations CAF : _____	
• Autres revenus : _____	
TOTAL : _____	TOTAL : _____

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat : Type de contrat : Echéancier n°

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le SGC d'AUBAGNE

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque

à débiter votre compte conformément aux instructions de SGC D'AUBAGNE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Z	IDENTIFIANT CREANCIER SEPA
	FR46ZZZ005002

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
Nom, prénom :	
Adresse :	

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom, prénom : SGC AUBAGNE

Adresse :

AV MARCEL PAUL – CS 11009

Code postal : 13400

Ville : AUBAGNE

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de prélèvement : Récurrent

Signé à :

Le

Signature :

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué :

NOM DU TIERS DEBITEUR :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par le SGC d'Aubagne.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai alors le différend directement avec le SGC d'Aubagne.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.