santé
famille
retraite
services

**Mayenne - Orne - Sarthe**

*Action Sanitaire et Sociale*

**Alençon, le 11 avril 2022**

N° allocataire : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ESSS05485

**A dupliquer et à faire compléter pour chacune des banques**

**RELEVE DES CAPITAUX PLACES, IMPOSABLES OU NON, DU FOYER**

| PRODUITS | Monsieur | | Madame | |
|---|---|---|---|---|
| | Capital | Intérêts | Capital | Intérêts |
| Livret A | | | | |
| Livret d'épargne | | | | |
| Livret d'épargne populaire | | | | |
| CODEVI | | | | |
| Compte épargne | | | | |
| Plan épargne (retraite, logement...) | | | | |
| Obligations | | | | |
| Actions | | | | |
| SICAV | | | | |
| Bons divers | | | | |
| Compte titres | | | | |
| Assurance vie | | | | |
| Autre : | | | | |
| Autre : | | | | |
| TOTAL | | | | |

Je soussigné(e) :

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Autorise les organismes bancaires et financiers à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne.

Atteste faire compléter le même imprimé par chaque organisme auprès duquel je détiens un compte.

Le : .....

Signature :

**Visa de l'établissement bancaire ou de l'organisme financier**

L'établissement bancaire : .....

.....

L'organisme financier : .....

.....

atteste que M.....

.....

n'a pas à ce jour, dans notre établissement, d'autres formes d'épargnes que celles indiquées ci-dessus.

A .....

Le .....