

Procuration

Attestation de porte fort

Les champs marqués d'un astérisque * sont obligatoires.

Je soussigné(e) * (Civilité, Nom et prénom de la personne qui donne son accord)

Demeurant à * (Adresse postale)

Donne pouvoir à :

Civilité, Nom et Prénom de la personne qui reçoit le règlement *

Domicilié(e) à * (Adresse postale)

De toucher les droits acquis au titre de l'Épargne Salariale par :

Nom et prénom de l'épargnant *

Décédé(e) le *

Identifiant ou à défaut code entreprise *

Par ce règlement, Crédit Mutuel épargne Salariale sera bien et valablement déchargée de toute responsabilité

Fait à *

Date *

Signature *

Cachet du notaire ou de la mairie *

