FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT DIRECT DE PENSION ALIMENTAIRE

Après avoir rempli ce questionnaire, l'imprimer et me l'adresser accompagné d'une copie du jugement vous ayant accordé votre pension alimentaire, de votre RIB

Je soussigné(e) :

Renseignements vous concernant :

M. Mme Mlle

Votre nom de famille :

Votre nom d'usage :

Vos prénoms :

Votre date de naissance : à :

Votre adresse :

Votre téléphone : Votre mail :

Certifie sur l'honneur que :

Renseignements sur le débiteur de la pension :

M. Mme Mlle

Son nom de famille :

Son nom d'usage :

Ses prénoms :

Sa date de naissance : à : N° de sécu :

Son adresse :

Son téléphone : Son mail :

Qui a pour tiers débiteur (employeur ou banque) :

Renseignements sur le tiers saisi :

Son nom ou sa raison sociale :

Son prénom :

Son adresse :

Son téléphone : Son mail :

me doit les sommes suivantes au titre de ma pension alimentaire : (1 mois au minimum et 6 mois maximum)

Mensualités impayées :

Mois		Année		Montant	
Mois		Année		Montant	
Mois		Année		Montant	
Mois		Année		Montant	Somme totale à réclamer
Mois		Année		Montant	
Mois		Année		Montant	€0,00

Le créancier qui, de mauvaise fois, aurait fait usage de la procédure de paiement direct sera condamné à une amende civile.