**Objet :** demandes de renseignements en application de l'article L.1617-5 du Code général des collectivités territoriales

Coordonnées de l'organisme émetteur du titre de recette :

Nom :

Statut juridique :

Adresse :

Madame, Monsieur, Chargé de procéder à l’exécution de titres de recettes exécutoires, je requiers, conformément aux dispositions de l'article L.1617-5 du Code général des collectivités territoriales, la communication des renseignements mentionnés dans le tableau ci-après.

Date Cheuzeville Chantal

l'agent comptable

**Demande de renseignements concernant le débiteur** : *(nom, prénom ou société….......)*

**Pour le recouvrement du (des) titre(s) exécutoire(s)** :

* Numéro, date, nature et auteur :
* Numéro, date, nature et auteur :
* Numéro, date, nature et auteur :

**Je souhaite obtenir les informations suivantes concernant le débiteur :** (cocher la case)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Information** | ***Cocher la case*** | **Réponse du service** |
| Nom, Prénom (s) |  |  |
| Date, commune, département et pays de naissance |  |  |
| Adresse physique |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresse mail |  |  |
| Numéro de téléphone |  |  |
| immatriculation des véhicules |  |  |
| patrimoine immobilier |  |  |

**Je souhaite obtenir les informations suivantes concernant les tiers détenteurs :** (cocher la case)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Information** | ***Cocher la case*** | **Réponse du service** |
| Employeur |  |  |
| Pôle Emploi |  |  |
| Caisse d'allocation familiale |  |  |
| Caisse de retraite |  |  |
| Urssaf |  |  |

|  |
| --- |
| Vos coordonnées  (mail, adresse postale, téléphone) |
| Lycée Clos Maire  03.80.24.40.00  Gest.0210006t@ac-dijon |
| Cadre légal de votre demande |
| Article L. 1617-5 du CGCT : Agent comptable chargé du recouvrement d'une créance mentionnée à l'article L. 262 du livre des procédures fiscales.    Énoncer obligatoirement les références du titre exécutoire   * Nature : * Auteur : * Date : |
| Vos références  (rappelées sur la réponse qui vous sera transmise, saisie libre) |
| Dossier : |
| Personne sur laquelle porte la recherche  (saisie exhaustive) |
| **Personne physique**   * Nom : * Prénom(s) : * Date de naissance : * Commune de naissance : * Département de naissance : * Pays de naissance (si la personne est née à l’étranger) :   ou  **Personne morale**   * Numéro Siren : ou : * Désignation : * Adresse complète : * Forme juridique : |
| Autre : *(à préciser)* |
|  |
| Date de la demande :  Signature et cachet de l'agent comptable demandeur : |

La demande est à adresser par envoi postal à :

Lycée Clos Maire

4 ,rue des Roles

21206 Beaune cedex