

**DEMANDE DE DISPENSE DU PRELEVEMENT A TITRE D'ACOMPTE SUR LES REVENUS DE CERTAINS
PRODUITS DE PLACEMENT A PERCEVOIR EN 2017
- ATTESTATION SUR L'HONNEUR -
(A formuler avant le 30 novembre 2016 - article 242 quater du Code Général des Impôts)**

Je(Nous) reconnais(sons) être informé(e/s) que cette demande de dispense s'applique de façon irrévocable aux revenus payés en 2017 pour **tous mes(nos) comptes concernés détenus à la Caisse régionale de LOIRE HAUTE-LOIRE (comptes individuels détenus par les personnes signataires ou comptes joints entre personnes représentées ou signataires composant mon(notre) foyer fiscal)**, ainsi qu'à tout produit ou compte similaire ouvert dans la même Caisse régionale postérieurement à la date de la présente attestation. Cette demande ne concerne pas les comptes détenus dans d'autres établissements bancaires ou Caisses régionales. Elle ne couvre les comptes codétenus avec des personnes n'appartenant pas au même foyer fiscal que si tous les codétenteurs de ces comptes ont présenté une demande de dispense.

Je(Nous) reconnais(sons) être informé(e/s) des sanctions applicables aux contribuables ayant fourni irrégulièrement une attestation à leur établissement payeur afin d'être dispensés du paiement de ces prélèvements (amende égale à 10 % du montant des prélèvements pour lesquels la demande de dispense a été formulée à tort). Je(Nous) reconnais(sons) que **cette attestation ne produit d'effet que pour les revenus perçus pendant l'année qu'elle vise.**

J'ai(Nous avons) remis une copie de mon(notre) avis d'imposition - FACULTATIF.

Le demandeur comptes joints entre époux ou partenaires d'un PACS		Le conjoint ou partenaire d'un PACS (facultatif pour les comptes joints entre époux ou partenaires d'un PACS)	
NOM Prénom		NOM Prénom	
Fait le		Fait le	
À		À	
Signature		Signature	

Les personnes mineures appartenant au foyer fiscal		
NOM Prénom	NOM Prénom	NOM Prénom
Fait le	Fait le	Fait le
À	À	À
Signature du représentant	Signature du représentant	Signature du représentant

Les personnes majeures appartenant au foyer fiscal		
NOM Prénom	NOM Prénom	NOM Prénom
Fait le	Fait le	Fait le
À	À	À
Signature	Signature	Signature

Les informations recueillies ci-dessus par la Caisse Régionale de de LOIRE HAUTE-LOIRE en qualité de responsable de traitement sont obligatoires et nécessaires au traitement de votre demande. Le défaut de communication de celles-ci dans les délais prévus rendra impossible la mise en place de la dispense objet de la présente demande. Ces informations pourront être transmises à l'administration fiscale ; en aucun cas elles ne sont utilisées à d'autres fins. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes dont les données sont traitées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression sur leurs données. Ce droit peut s'exercer en écrivant par lettre simple à la Caisse régionale. Les frais de timbre seront remboursés sur simple demande.