



DOCUMENT A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE BANQUE

RELEVÉ des CAPITAUX PLACÉS IMPOSABLES ou NON

Produit	Capital	Intérêts perçus ou capitalisés la dernière année
Compte courant		
Livret d'épargne 1er livret		
2ème livret		
Livret d'épargne populaire		
CODEVI		
Livret/Compte Épargne Logement		
Plan d'épargne Logement		
Bons d'épargne, de caisse, de capitalisation		
Épargne assurance-vie		
Plan d'Épargne Populaire		
Obligations - Actions		
SICAV - Fonds Communs de placement		
Bons Anonymes		
Autres à préciser		

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

autorise l'établissement bancaire à fournir tous les renseignements utiles sur le montant des capitaux placés et produits d'épargne

Le

Signature

L'établissement bancaire

atteste que M

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

A

Le

Cachet de l'établissement et signature du responsable

Document à retourner au :

SECAD Service communautaire d'accompagnement à domicile

15 rue Crec'h Uguen

22810 Belle-Isle-en-Terre

Tél. 02.96.43.35.08 / Fax 02.96.43.36.43

Email : secad@cc-belle-isle-en-terre.fr