



Service Propreté
Taxe salissures

Concerne: Demande de paiement échelonné sur taxe salissures

Je soussigné(e) certifie que M. /Mme

domicilié(e).....

.....

sollicite l'autorisation de s'acquitter de la taxe salissures d'un montant de euros

référénciée MD/Dépôt ____/____/_____:

à raison de

Le citoyen reconnaît sa dette et renonce au temps couru de la prescription.

Le Service Recettes confirmera au citoyen par courrier et l'informerá sur la procédure de paiement.

Le citoyen

L'agent traitant

N. B.: Joindre en annexe une copie de la carte d'identité du citoyen.

*Ce document est signé par le citoyen et est joint à son dossier/ une copie est déliorée au citoyen /
une copie est envoyée au Service Recettes par l'agent traitant le.....*