

**Procuration bancaire**

Le/la bénéficiaire d’aide sociale :

Fils de (fille de) :

N°AVS :

Né(e) le :

Domicilié(e) à :

donne l'autorisation au Centre médico social Martigny & Régions et à son personnel administratif de se renseigner sur ses ressources, et son patrimoine ainsi que ceux de ses enfants :

* Nom + prénom + date de naissance
* Nom + prénom + date de naissance
* Nom + prénom + date de naissance
* Nom + prénom + date de naissance

La Banque Cantonale du Valais, l’UBS AG Switzerland, la Banque Raiffeisen, la Banque Migros, la Banque Cler, Postfinance, ainsi que tout autre établissement bancaire suisse et étranger peuvent être immédiatement consultés et le (la) soussigné(e) les délie, le cas échéant, du secret bancaire.

La présente procuration porte sur l’obtention de renseignements / documents pour les 6 mois précédant la signature. Elle est limitée à la durée de l’octroi de l’aide sociale matérielle, mais dans tous les cas à un maximum d’une année depuis la signature. Elle peut être révoquée en tout temps par écrit.

     , le       Signature : ……………………………………..

**Une copie de la carte d’identité ou du permis de séjour de la ou les personne(s) concernée(s) doit être annexée à la procuration.**

**A noter que les organismes bancaires et postaux sont tenus de fournir, gratuitement, aux personnes chargées d’exécuter la loi sur l’intégration et l’aide sociale les renseignements écrit ou oraux nécessaires (article 62 LIAS, obligation des tiers de renseigner).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A compléter par l'établissement bancaire**

Après contrôle et à notre connaissance, la ou les personne(s) susmentionnée(s):

possède(nt) un ou plusieurs comptes (nombre : ) auprès de notre établissement ;

possède(nt) une ou plusieurs procurations sur des comptes bancaires (nombre : ), des titres (nombre : ), des actions (nombre : ), des « safes » (nombre : ) ou d’autres éléments de fortune (indiquez lesquels : ) auprès de notre établissement ;

a/ont cloturé un ou plusieurs comptes (nombre : ) auprès de notre établissement il y a moins de six mois ;

ne possède(nt) pas de compte auprès de notre établissement.

Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce document soit par e-mail à l’adresse      , soit par courrier postal à l’adresse , Choisissez un élément.

Lieu et date Timbre et Signature de l’établissement bancaire

................................................. .................................................