



FORMULAIRE DE REPONSE

Veuillez renvoyer ce formulaire par la poste, fax ou e-mail (scan):

SPF FINANCES - TEAM PERCEPTION BRUXELLES 2
Boulevard Du Jardin Botanique 50 Bte 319, 1000 Bruxelles
tel: 0257/76.350 - fax: 0257/ 965 71 - e-mail: itpbru2@minfin.fed.be
(ce formulaire a été envoyé par EVELINE M.R. DE COUSSEMAKER)

Nos références: art. 672428692 - 62B 04/17 - 0417 - REC. SCHAEERBEEK 2

ENGAGEMENT DE PARTAGE ENTRE LES HÉRITIERS

Je soussigné(e), Chantal HUENAERTS
habitant (rue, n°) Rue Scapola III 41, Bte 51
(code postal et commune) 1030 Bruxelles (Schaerbeek)
lien de parenté avec le (la) défunt(e) fille
intervenant dans l'intérêt commun des héritiers de Mme Jeannine VAN REETH
accepte de recevoir la somme de 867,96 EUR ainsi que toute autre somme attribuée ultérieurement.

Je m'engage, le cas échéant, à partager cette somme entre les héritiers, conformément à leur part dans cette succession, et dans le cas où le paiement ou la répartition serait contesté(e) par un ou plusieurs héritiers, à reverser la totalité de la somme à la première réquisition du Service Public Fédéral sur le numéro de compte indiqué.

Afin de garantir l'exécution correcte de cet engagement, je cède au SPF Finances par la présente toutes mes créances auprès de tiers, tels que mes remboursements d'impôts et tout autre avoir venant de tiers.

Votre numéro de compte bancaire ouvert auprès d'une institution financière belge ou étrangère:

IBAN BE32210058181002

BIC

Nom du titulaire de ce compte:

..... HUENAERTS Chantal

Nom et adresse de l'institution financière dans le cas d'un compte à l'étranger:

Le paiement ainsi effectué libère le Service Public Fédéral Finance de toute responsabilité.
Cet engagement peut aussi servir pour tout remboursement futur éventuel revenant à cette succession (*biffer si pas d'application*)

Veuillez joindre à votre réponse une photocopie de votre (vos) carte(s) d'identité (recto/verso) ou une impression de vos données d'identité obtenues via un logiciel eID (voir <http://www.eid.belgium.be>). Attention: sans l'ajout d'une copie de votre (vos) carte(s) d'identité, le remboursement ne pourra pas être traité.

Fait le (date) . 27/3/2017 . à (lieu) . Schaarbeek

Signature

(La signature doit être précédée du mot manuscrit 'APPROUVE')

Approuvé
Lienhart