**Déclaration de créance**

|  |
| --- |
|  |

Conformément à l’arrêté n°…. / …. pris par le Collège en sa séance du ….

sur l’allocation de base….., avec le numéro de visa…..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **La Commission communautaire française,**  **Service de la Santé** | | | | |
| **Doit à :** |  | | | |
| Dont le siège est établi à : |  | | | |
| Dont le n° d'entreprise est : |  | | | |
| Représenté par  - nom :  - qualité :  - domicilié (adr.complète) : |  | | | |
| **La somme de :  et en toutes lettres :** |  | | | |
| **A titre de :** |  | | | |
| N° de compte IBAN : |  | | | |
| ouvert au nom de ... : |  | | | |
| Cession à un tiers ? \* | oui | Non | Si oui, veuillez remplir ci-dessous, le **N° IBAN** du compte de cession | |
| IBAN du compte cession | ............................. | | | |
| Certifié sincère et véritable à Bruxelles,  Le créancier,  (ASBL, signez ici) | | | | Talbia BELHOUARI  Conseillère chef de service |