**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 BELHOUARIConseillère chef de service |