



Rue de la Rivelaine, 21  
6061 CHARLEROI  
☎ 071 33 77 11  
✉ info@aviq.be

## ANNEXE 1 : ASSOCIATION SANS PERSONNALITE JURIDIQUE – IDENTITÉ DU/DES BÉNÉFICIAIRE(S) DU PAIEMENT

**COMPLETER EN LETTRES CAPITALES SVP**

Le tableau ci-après doit être complété selon la répartition reprise dans la convention de collaboration

Identité du bénéficiaire du paiement :	Répartition du paiement en %	IBAN
Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE__-____-____-____
Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE__-____-____-____
Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE__-____-____-____
Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE__-____-____-____
Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE__-____-____-____
Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE__-____-____-____



Rue de la Rivelaine, 21  
6061 CHARLEROI  
☎ 071 33 77 11  
✉ info@aviq.be

Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE____-____-____-____
Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE____-____-____-____
Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE____-____-____-____
Nom : N°BCE : 0____-____-____ Adresse d'installation :		BE____-____-____-____

**S'il s'agit d'un autre bénéficiaire de paiement que celui/ceux visé(s) ci-dessus :**

Identité :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro BCE : \_\_\_\_\_

Numéro de compte : IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Justification du versement à cet autre bénéficiaire :

Cette justification sera soumise, le cas échéant à l'AViQ pour approbation (cf. Bénéficiaire de paiement à valider pour l'établissement de la fiche fiscale).

### **SIGNATURES DE TOUS LES MÉDECINS FAISANT PARTIE DU GROUPEMENT**

*Il y a lieu ici d'apposer la signature de tous les médecins faisant partie de l'ADF/SASPJ et qui sollicitent l'intervention. Ces signatures sont précédées de la mention « lu et approuvé »*