

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____-____-____-____
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__-____-____-____

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 »