|  |
| --- |
| **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***\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_*** |

**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 »***