

BON DE COMMANDE

Tarif : 350 € TTC

1 établissement = 1 adhésion

par mandat n°..... – bordereau n°..... – du / / 2018

par virement bancaire : n° Bank Identification Code (BIC) : AGRIFRPP868

| DOMICILIATION | CODE ETABLISSEMENT | CODE GUICHET | N° COMPTE | CLE RIB |
|-------------------------------------|--------------------|--------------|-------------|---------|
| CREDIT AGRICOLE CENTRE FRANCE | 16806 | 04821 | 78723485000 | 76 |

Pour une meilleure identification de votre virement, nous vous remercions d'indiquer dans son intitulé, le nom de votre établissement ainsi que votre ville.

Numéro adhérent (si possible) :

Nom de l'établissement adhérent :

Adresse : CP : Ville

Paiement de l'adhésion par mandat n°..... – bordereau n°..... – du / / 2018

BON DE COMMANDE A RENVOYER A :

CENTRE HOSPITALIER

Mme Florence FRIES

Trésorière ANCHL

Cours Chicane

34800 CLERMONT L'HERAULT

**Une facture vous sera adressée sur simple demande
à valerie.tendron@ch2p.bzh**

Siège social : CENTRE HOSPITALIER du PENTHIEVRE ET DU POUDOUVRE

13 rue du Jeu de Paume - BP 90527 - 22405 LAMBALLE Cedex

Tél : 02 96 50 15 07 - Fax : 02 96 50 91 91 – d.colas.bretagne@wanadoo.fr - www.anchl.fr