Solidas assurances

AVIS DE DOMICILIATION

Le soussigné (au nom de qui les factures sont établies)

Nom : ……..

Rue, n° : ……..……boîte : ……..

Code postal, commune : ……

prie la firme (qui établit les factures)

Nom : ……..

Rue, n° : ……..……boîte : ….……

Code postal, commune : ……

d'encaisser dès de ce jour et jusqu'à révocation expresse toutes factures portant référence ou n° d'abonné

auprès de l'institution financière

Nom : ……..

Rue, n° : ……..……boîte : ….…….……

Code postal, commune : ……

par le débit du compte n°

			-							-			

au nom - du soussigné
- de (*)

Nom : ……..

Rue, n° : ……..……boîte : ….…….

Code postal, commune : ……

Localité : …… Date : …….

Pour accord, le titulaire de compte (*)

(*) Exigé seulement si le titulaire de compte n'est pas le destinataire des factures.

RESERVE A L'INSTITUTION DOMICILE	
La domiciliation mentionnée ci-dessus a été acceptée sous le numéro: NUMERO DE DOMICILIATION | | | | - | | | | | | | - | | | Numéro d'identification du créancier | | | | | | | | | | | | | |	Date: Cachet et signature