

RENSEIGNEMENTS PAIEMENT

Cette facture est payable à réception.

- Par chèque bancaire, en Euros, à l'ordre du Trésor Public. Joignez le talon de paiement non signé. Adressez l'ensemble à l'adresse indiquée au recto dans une enveloppe dûment affranchie. Utiliser l'enveloppe à fenêtre si elle est fournie.

Ne pas plier. N'utiliser ni adhésif, ni trombone, ni agrafe.

Ne joignez aucun autre document à votre règlement.

- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto.

- En espèces (dans la limite de 300€) ou en carte bancaire, muni du présent avis, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite).

EXPÉDITEUR	TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL 1-2 square Hélène Boucher
DESTINATAIRE	60319 CREIL CEDEX 21
	MMC 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX FRANCE

Le paiement en numéraire est plafonné à 300 € depuis le 1er janvier 2014 (art. 19 de la loi 2013-1279 du 29 déc. 2013).

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, présentez-vous chez le Receveur de l'établissement Hospitalier en vous munissant du présent avis et des justificatifs de vos revenus, ou écrivez en rappelant les références suivantes : Exercice et Numéro de Titre.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

RENSEIGNEMENTS ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'établissement hospitalier (Bureau des Entrées de l'Etablissement désigné au recto du présent avis).

Article L 6145-9 du code de la santé publique et article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

Voies de recours :

Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent avis, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

AVIS DES SOMMES A PAYER

CENTRE HOSPITALIER ARDECH Centre hospitalier		Ville	070780358 Matricule	N° de Titre 0071025			
MALADE	N° ENTRÉE : 185481596 SIRET : 26070001800013		ETABL : Centre Hospitalier ANNONA070000179	Emis et rendu exécutoire le 04 / 07 / 23			
	Nom : RIBIOLLET GENEVIEVE Né(e) : GIGNOUX		le : 12 / 10 / 1932 à : SOLAIZE	N° Bordereau 173			
	ENTREE : 16 / 05 / 23 SORTIE : 16 / 05 / 23			N° Faubet 1			
	ADRESSE : 65 CHEMIN DE CLOT 07290 SATILLIEU			Exercice 2023			
			RDT				
OBS.	ADH N148717		ASSURE Nom : RIBIOLLET GENEVIEVE PIECE : BEN : 01 ORG : 01072503 N° : 232103849300138			RISQ10 MT07	
	CONSULTATION DU 16/05/23 AU 16/05/23		Réf. Débiteur :			PEC :	
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX A VOTRE CHARGE	TVA	
160523	CCAM: ECHOGRAPHIE ADE HORS PARCOURS DE SOINS:	S 1	96 49	0 00	30	28 95	DMT : 127
PARTIE A CONSERVER							SERVICE COMMUNIQUE 17 JUIL. 2023
							TOTAL TVA
							TOTAL HT
							28.95 A PAYER

Modalités de paiement :

En espèces, se présenter à la trésorerie avec le présent avis.

Par chèque, libellé à l'ordre de "Monsieur le comptable de l'établissement" et accompagné du volet de paiement.

IDENTIFICATION

007043

N° entrée :
185481596

N° titre :
0071025

C.H. :
04 ET : 18

Exercice :
2023

Montant :
28.95

28.95 Eur

PAIEMENT

BDF
RIB : 3000100141C0710000000 07
IBAN : FR27 3000 1001 41C0 7100 0000 007
BIC : BDFEFRPPCCT

Heures d'ouverture :
DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H30 à 12H30

Téléphone :
0475334711

28.95 A PAYER
Euros

**TALON A JOINDRE
A VOTRE PAIEMENT**

TRESORERIE D'ANNONAY
62 AVENUE DE L'EUROPE B.P. 206
B.P. BP 206
07106 ANNONAY CEDEX

PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
70000 VESOUL

DESTINATAIRE EXPEDITEUR

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ZONE

+0000000289515007043080423218548159623052>0071025000005

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L.252 A du livre des procédures fiscales, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles L.1617-5, D.1617-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4341-4 du code général des collectivités territoriales par

HOPITAL	CH : CENTRE HOSP. ARCACHON	FINESS : 330781204	N° de Titre	0612071
	ETBLT : CENTRE HOSPITALIER ARCACHON	FINESS : 330000555	Emis et rendu exécutoire le	29/06/23
PATIENT	SIRET : 263305591	N° IDENTIFIANT TVA :	N° Bordereau	5641
	RENSEIGNEMENTS : A CONSERVER AUCUN DUPLICATA NE POURRA ETRE DELIVRE FACTURATION 05-57-52-90-19 - MARDI AU VENDREDI 13 À 17H FACTURATION.CONTENTIEUX@CH-ARCACHON.FR		N° Feuillet	1
ASSURE	N° ENTRÉE : 301987236	PFS : IF	Exercice	2023
	Nom : MENEUT FABRICE		RDT	
OBS.	Né(e) :			
	le : 19/07/1953 à : PARIS Adresse : 9 AVENUE DU MARECHAL LECLERC CZ M MIGNE 94430 CHENNEVIERES SUR MARNE	MMC - PRAECONIS - PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL B.P. 80283 70000 VESOUL		
	ENTREE : 29/05/23 SORTIE : 29/05/23			
	Nom : MENEUT FABRICE			RISQ10 MT07
	PIECE : 05	BEN : 01		
	ORG. : 01941000	N° : 153077511443821		
CONSULTATION DU 29/05/23 AU 29/05/23 Réf. Débiteur : PEC :				
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE TAUX A VOTRE CHARGE T.V.A
290523	FORF. PATIENT URGENCE FPU	1	19.61	0.00 100 19.61 DMT : 308
SERVICE COLLECTIF 17 JUIL. 2023				
TOTAL TVA				
PAIEMENT	TRESORERIE HOSP BORDEAUX-ARCACHON 12 RUE DUBERNAT Domaine de CHOLET 33400 TALENCE Heures d'ouverture de la trésorerie: DE 8H30 A 12H30 ET DE 13H30 A 16H00	TP BORDEAUX RIB : 3000100215C3310000000 48 IBAN : FR543000100215C331000000048 BIC : BDFEFRPPCCT Téléphone : 0556795386		TOTAL HT 19.61 A PAYER

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis	TALON DE PAIEMENT		MMC - PRAECONIS - PREVALOIS	006796
	Talon à joindre à votre paiement		6 RUE PAUL MOREL	CENTRE HOSP. ARCACHON
	N° codique : 033018	Etab : 1	B.P. 80283	*
	Paiement par internet : Non disponible		70000 VESOUL	€
IDENTIFICATION	Id. Collectivité : Référence dette : 2023 - 0612071 - 1		TRESORERIE HOSP BORDEAUX-ARCACHON 12 RUE DUBERNAT Domaine de CHOLET 33400 TALENCE	
033018	N° entrée : 301987236			
N° entrée : 301987236	Montant : 19.61 euros			
N° titre : 0612071	Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier		montant en euros	
C.H. : 76 ET : 1	000000230			
Exercice : 2023				
Montant : Eur 19.61				
	950033000169 22100006120710000010330185986806		1961	

MODALITES DE REGLEMENT :

Adresser votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public, au Centre d'Encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe dûment affranchie.

N'adressez aucun autre document au Centre d'Encaissement.

Expéditeur	TRESORERIE HOSP BORDEAUX-ARCACHON 12 RUE DUBERNAT Domaine de CHOLET 33400 TALENCE	
Destinataire	MMC - PRAECONIS - PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL B.P. 80283 70000 VESOUL	

Vous pouvez aussi payer :

- en chèque ou en carte bancaire aux guichets de la trésorerie (adresse et horaires figurant au recto) muni du présent avis,
- par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut à droite du présent avis, établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto dans le cadre PAIEMENT,
- en ligne par internet si l'adresse du site est renseignée sur le talon de paiement au recto du présent avis. Les informations requises au moment du paiement sont mentionnées sous l'adresse internet.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL**RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS, DIFFICULTES DE PAIEMENT:**

- **Renseignements :** si vous souhaitez obtenir des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues ou si vous estimatez qu'une erreur a été commise, adressez-vous aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
- **Réclamations :** si vous avez une réclamation amiable à formuler, adressez-vous aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
 - * Attention : la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du tribunal
- **Difficultés de paiement :** si vous avez des difficultés pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous, muni des justificatifs de votre situation, au comptable chargé du recouvrement désigné au recto du présent acte.

VOIES DE RECOURS :

Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L1617-5 du code général des collectivités territoriales), vos pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif compétent

- * Si vous souhaitez être assisté d'un avocat et si vous remplissez les conditions fixées par la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991, vous pouvez bénéficier de l'aide juridictionnelle. Vous devez en formuler la demande auprès du tribunal de grande instance.

AVIS DES SOMMES A PAYER

 Titre exécutoire en application des articles L.252A du LPF et L.1617-5, R.2342-4 et D.3342-11 du CGCT et L.6145-9 du code de la santé.
 par Mr MEYER PHILIPPE, DIRECTEUR

HOITAL	CHIC MARMANDE - TONNEINS C. H. I. C. (SITE DE MARMANDE) 76 Rue Docteur COURRET 47207 MARMANDE CEDEX	Finess 470001660 Finess 470000480	N° Siret 264703612	CM 46
---------------	---	--------------------------------------	--------------------	-------

BENEFICIAIRE	Nom DEUS Né(e) BAZAS Prénom MARIE-JEANNE Né(e) le 26/03/1940 Adresse LES VITARELLES 47200 LONGUEVILLE N° IEP 122851982/037 N° IPP 000851518 Risq. 10 ENTREE: 02/05/2023
ASSURE	Nom DEUS MARIE-JEANNE NN 240034723300407 Ben. ORG -024710006 N° Mutualiste N159658
OBS.	Prestations

Exp.

 TRESORERIE ETS HOSPI AGEN
 RUE RENE BONNAT
 CITE ADMINISTRATIVE LACUEE BAT B
 47921 AGEN CEDEX 9

N° TITRE	759891
Emis et rendu exécutoire le	06/07/2023
N° Bordereau	7337
N° Feuillet	1
Exercice	2023

Destinataire

 MMC PRAECONIS PREVALOIS
 6 RUE PAUL MOREL
 BP 80283
 70000 VESOUL

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	PRESTUF
020523	Forfait Patient Urgence	FPU	1,00	19,61	100	19,61	10-303 0600

 SERVICE COURRIER IE
 17 JUIL. 2023

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Ouverture : Lu-Ma-Me-Je-Ve 8H30-12H00

 Téléphone 0553660691 BDF BDF C4740000 RIB 3000100103 C474000000067 € Acompte
 IBAN FR213000100103C474000000067 BIC BDFEFRPPCCT 19,61 € A PAYER

 UNE ATTESTATION DE PAIEMENT SERA DELIVREE APRES ENCAISSEMENT DU TRESOR PUBLIC
 IDENTIFIANT COLLECTIVITE 013094

TALON DE PAIEMENT

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis

Débiteur: 322765

 MMC PRAECONIS PREVALOIS
 6 RUE PAUL MOREL
 BP 80283
 70000 VESOUL

 807A6E
 CHIC MARMANDE - TONNEINS

€

IDENTIFICATION

 Références : HTR - n° codique 047002
 étab 037 exercice 2023

PC. 047002

 * E *
 CH. 037 ET. 037
 EXC. 2023
 DOS.
 TIT. 122851982
 759891

Montant : 19,61 €

 n° entrée 122851982
 n° titre 230759891037000

Montant : 19,61 euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

 TRESORERIE ETS HOSPI AGEN
 RUE RENE BONNAT
 CITE ADMINISTRATIVE LACUEE BAT B
 47921 AGEN CEDEX 9

montant en euros

000000137235

950033000169 21100007598910000010470025986806

1961

RENSEIGNEMENTS PAIEMENTS : cette facture est payable à réception

➤ Vous pouvez payer soit :

- par Paiement en ligne : <http://www.chjcmt.fr>
 - Cliquer « Payer une facture »
 - Une aide pour trouver les champs à remplir se trouve dans la notice se situant au-dessus du lien.

IDENTIFIANT COLLECTIVITÉ 013094

Consultez la notice-paiement-en-ligne

+ préciser également le numéro de titre (en haut à droite)

- Auprès des buralistes partenaires agréés dont la liste est consultable sur la page : www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite soit par carte bancaire sans limitation de montant, soit en numéraire pour un montant inférieur à 300 euros. Le buraliste remettra un justificatif de paiement.
- Par **virement bancaire ou postal** en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis. Le virement est à faire sur le compte Banque de France de la trésorerie :

RIB	30001 00103 C47 4000000067
IBAN	FR21 3000 1001 03C4 7400 0000 067
BIC	BDFEFRPPCCT

- Par **carte bancaire**, à distance, au numéro de téléphone suivant : 05 53 66 06 91

Si vous n'avez pas d'autres moyens de paiement :

Adresssez sous enveloppe dûment affranchie, votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public + le talon de paiement à l'adresse suivante : Trésorerie Etablissements Hospitaliers, rue René Bonnat, Cité Administrative Lacuée - Bâtiment B – 47921 AGEN CEDEX 9.

➤ Si vous avez des difficultés pour payer les sommes dues, présentez vous à la Trésorerie d'Agen en vous munissant du présent avis ou écrivez en rappelant les références suivantes : **exercice et numéro de titre.**

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

➤ Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez vous à l'hôpital (bureau de l'Accueil de l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé ou admis en consultation externe).

➤ **Voies de recours :** Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent document (articles L.6145-9 du code de la santé publique et L.1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif ou le tribunal judiciaire compétent selon la nature de la créance (exemple : tribunal administratif pour les produits hospitaliers : frais d'hospitalisation, soins, frais d'hébergement et forfait journalier et le tribunal d'instance ou de grande instance selon leur montant pour les autres créances).

Vous pouvez auparavant faire un recours gracieux auprès du Directeur de l'Hôpital : l'absence de réponse pendant deux mois vaut décision implicite de rejet.

Information :

- si vous êtes assuré social et que cet avis vous réclame la totalité des frais hospitaliers, vous disposez d'un délai de deux ans pour faire valoir vos droits à remboursement par votre régime d'assurance maladie et éventuellement par votre mutuelle. Passé ce délai vous ne pourrez plus être remboursé.
- Après complet paiement du présent avis une attestation de paiement vous sera adressée à votre domicile.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL

CENTRE
HOSPITALIER
CH SAINT-QUENTIN
02321 ST QUENTIN CEDEX

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L. 252 A du Livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R.2342-4 et R.3342-23 du code général des collectivités territoriales

FINESS N° ENTREE DATE ENTREE

020000063 23225562 15/05/2023

N° de Titre 1142167

REDEVABLE BOINET

GAELLE

Emis et rendu exécutoire le 05/07/2023

Nom J.F.: BOINET
Adresse: 1 IMPASSE RUE HAUTE

Né(e): 31/12/1979 A: CHAUNY (02)

N° Bordereau H/12954

F 02000 MONAMPTEUIL

N° Feuillet 1/1

PERIODE DU: 15/05/2023 AU: 15/05/2023 SORTIE: 15/05/2023
ETS: CENTRE HOSPITALIER(01) FINESS: 020000162

Exercice 2023

ASSURE NOM: BOINET
N° SS: 279120217305441
ORG.: 910215060

GAELLE
BENEFICIAIRE: 01
RISQUE: 10

MUTUELLE: N158314
DOS. AMH:

OBSERVATIONS :

DATE	DESIGNATION	NBRE	TARIF	TARIF RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	DMT
15/05/23	MTO patient orienté par le médecin traitant						
15/05/23	Actes AMI	2	3.15		40	2.52	154
15/05/23	Actes G	1	25.00		30	7.50	154
15/05/23	Actes MCG	1	5.00		30	1.50	154

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

RENSEIGNEMENT HOPITAL:

Sous - Total

ATTENTION AUCUN DUPLICATA NE SERA DELIVRE

Acompte

RENSEIGNEMENT DU LUNDI AU VENDREDI DE 09h à 12h au 03.23.06.72.71
HOSPITALISES ET SOINS EXTERNES - TEL : 03 23 06 72 71

A PAYER

11.52 euro(s)

asp_134 05/07/2023

SHS-1652

Découper le talon de paiement suivant cette ligne.

PAIEMENT

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis

C.B. BANQUE DE FRANCE ST QUE
RIB 3000100765C024000000005
IBAN FR033000100765C024000000005
SWIFT BDFEFRPPCCT
Heures d'ouverture: RECEPTION 8H30/12H30
RENDEZ VOUS L APRES MIDI
Téléphone: 03 23 65 57 00

A PAYER

11.52 euro(s)

IDENTIFICATION

N° titre : 1142167

N° entrée : 23225562

N° titre : 1142167

CH : 22

Exercice : 2023

Montant :

11.52

EXP.

TRESORERIE HOSPITALIERE
CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES
51 BD ROOSEVELT BP 614
02321 ST QUENTIN CEDEX

DESTINATAIRE

PREVALOIS
6 RUE PAUL MOREL
B.P. 80283
F 70006 VESOUL CEDEX

NE RIEN INSCRIRE
DANS CETTE ZONE



PARTIE 1 - A CONSERVER

Veuillez inscrire dans le cadre ci-dessous, les nom, prénoms et adresse à qui retourner le justificatif de paiement.

A ne compléter que s'il vous est demandé de retourner la totalité de cet avis (mention imprimée par ordinateur au recto de ce document).

Nom - Prénom

N° Rue

Code Postal |__|__|__|__| Ville

COMMENT RÉCLAMER ?

• **Si vous souhaitez obtenir des renseignements** sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous au Centre Hospitalier (service de facturation des malades hospitalisés). Vous pourrez interroger ce service par téléphone.

• **Si vous estimatez qu'une erreur a été commise**, adressez-vous au Centre Hospitalier (service de facturation des malades hospitalisés) qui a qualité pour rectifier éventuellement le présent avis.

• **Si vous contestez le montant**, n'omettez pas d'en informer également le Trésorier de l'établissement (par lettre, téléphone ou directement à son bureau).

• **Si vous avez des difficultés pour payer** les sommes dues, présentez-vous au Centre des Finances Publiques de l'établissement en vous munissant du présent avis ou écrivez-lui en rappelant les références figurant sur le papillon détachable.

TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE TRÉSORIER DE L'ÉTABLISSEMENT OU L'HÔPITAL DOIT ÊTRE AFFRANCHIE

TALON DE PAIEMENT

SI VOUS RÉGLEZ

SI VOUS RÉGLEZ

• En **ESPÈCES ET CARTE BANCAIRE** :

- ☞ « Vous pouvez payer en espèces (dans la limite de 300€) ou par carte bancaire muni du présent avis, auprès d'un buraliste ou prestataire agréé (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite) »

• Par **MANDAT CASH ou VIREMENT BANCAIRE** :

- ☞ Indiquer le numéro du titre figurant au recto

• Par **CHÈQUE** (et sous pli affranchi) :

- ☞ À l'adresse de paiement indiquée au recto,
- ☞ Joignez votre chèque libellé à l'ordre du « Trésor Public » à ce talon de paiement, sans agrafe, ni plier.

• Titre payable par **INTERNET** à l'adresse suivante : www.payfip.gouv.fr :

- ☞ Identifiant collectivité : 007624
- ☞ Référence titre : exercice et n° de titre
- ☞ Numéro d'entrée
- ☞ Montant de la dette (ce montant doit être inférieur à 10 000 €)

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application des articles L.252A du LPF et L.1617-5, R.2342-4 et D.3342-11 du CGCT et L.6145-9 du code de la santé

HOPITAL

BENEFICIAIRE

OBS. ASSURE

CHI nord ARDENNES
CH CHARLEVILLE MEZIERES
45 AV MANCHESTER BP 10900

par Mr TALEC THOMAS, DIRECTEUR GENERAL

Finess 080011174 N° Siret 20009020700016 P6 852

Finess 080000425

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS APPELER

08011 CHARLEVILLE-MEZIERES

LE SERVICE PATIENTELE DU POLE 6 AU 0324587128

Nom DELILLE
Nom J.F.
Prénom JEAN
Né(e) le 07/06/1947
Adresse 14 RUE LEON BLUM
RDC

OU MAIL BDEP6@ch-nord-ardennes.fr

EXP.

TRESORIER DES ETAB. HOSP
41 AVENUE DE MANCHESTER
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

08000 CHARLEVILLE MEZIERES

N° IEP 413100710/011 N° IPP 010433489
Risq. 10

ENTREE: 16/05/2023

Nom DELILLE JEAN
NN 147060812200669 Ben
ORG. 010810000 N° Mutualiste

Destinataire

MMC PRAECONIS PREVALOIS
6 R PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

Prestations

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE
160523	Actes techniques médicaux	ATM	1,00	28,00	20	5,60 26-062 4019
160523	Actes techniques médicaux	ATM	1,00	38,40	20	7,68 07-161 2039
160523	FORFAIT ENVIRONNEMENT	SE1	1,00	85,98	20	17,20 07-161 2039

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC

9H-11H30 * 13H30-16H00 FERME LE SAMEDI TRESORERIE ETS HOSP 41 AVN MANCHESTER 08000

Quittance

30,48

€

Téléphone 0324587141 BDF BDF C0810000 RIB 30001 00534 C0810000 00077

IBAN FR383000100534C08100000077

BIC BDFEFRPPCCT

30,48

€ Acompte

€ A PAYER

TRESORERIE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE CHARLEVILLE-MEZIERES

JOINDRE LE TALON CI-DESSOUS A VOTRE REGLEMENT, LA QUITTANCE VOUS SERA ENVOYEE

TALON DE PAIEMENT à joindre à votre paiement

MMC PRAECONIS PREVALOIS
6 R PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

999063
CHI nord ARDENNES

€

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis

Débiteur: 469887

IDENTIFICATION

PC. 008011

* E *

CH. 074 011

EXC.2023

DOS.413100710

TIT. 167337

Références HTR - n° codique 008011
étab 99 exercice 2023

n° entrée 413100710
n° titre 230167337099000

Montant 30,48 Euros

TRESORIER DES ETAB. HOSP
41 AVENUE DE MANCHESTER
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

montant en euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

Montant: 30,48 €

000000099230

999063000195 43001673374131007100080112970806

3048