

Mémoire du mois de

Nom du Prestataire :SUR.lu	Code : 302497-51
	<u>Adresse</u> :16 avenue Grand Duc Jean L-1842 Howald-Hesperange

Il est dû au prestataire pré-qualifié la somme de :

pour aides et soins délivrés dans le cadre de l'assurance dépendance, conformément aux données et enregistrements suivants :

Mois :	
Nombre total des factures :	
Nombre total des lignes de facturation :	

Mémoire certifié sincère, véritable et non encore acquitté.

Howald , le
(Lieu et date)

.....
(Signature)

Nom et prénom du signataire : SIMBA U. Régine

Qualité du signataire : Gérante technique

Accusé de réception

(à remplir par la CNS)

La CNS certifie par la présente avoir reçu le présent mémoire en date du : _____

- ☐ Les données transmises sont conformes.
- ☐ Les données transmises ne sont pas conformes aux motifs suivants :

(Cachet)

.....
(Date et signature)

Nom du responsable CNS :