**DONNÉES DE BASE VACCINATION COVID 19 - CAS DE PANDÉMIE**

|  |
| --- |
| **FOURNISSEUR DE PRESTATIONS** |
| **Abréviation Canton :**Sélectionner un canton **Nom de fournisseur de prestations :**Cliquez ou tapez ici pour entrer le texte.**Adresse de fournisseur de prestations :**Cliquez ou tapez ici pour entrer le texte.**Numéro RCC (si disponible) :**Cliquez ou tapez ici pour entrer le numéro. | **Contact :**Cliquez ou tapez ici pour entrer le texte.**Email :** Cliquez ou tapez ici pour entrer le texte.**Téléphone direct :**Cliquez ou tapez ici pour entrer le numéro. **Langue de correspondance :**Sélectionner la langue  |

|  |
| --- |
| **DÉTAILS DE PAIEMENT** |
| **Nom et localisation de l'institution financière :** Cliquez ou tapez ici pour entrer le texte.**Nom et lieu du titulaire du compte :**Cliquez ou tapez ici pour entrer le texte.**IBAN :** Cliquez ou tapez ici pour entrer le numéro.**Note de paiement demandée :** Cliquez ou tapez ici pour entrer le texte.  |

Lieu: Indiquer le lieu Date: Sélectionner la date

Prénom, nom: Cliquez ou tapez ici pour entrer le texte..

Signature(s) légale(s) :