

DEMANDE DE REMBOURSEMENT AUTRE BÉNÉFICIAIRE

Je soussigné(e)

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

certifie avoir payé la/les facture(s) / le(s) mémoire(s) d'honoraires en annexe concernant :

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

N° d'identification CMCM : _____

Adresse : _____

et demande que les remboursements afférents soient versés sur mon compte bancaire en annexe.

Fait à _____ le _____

Signature

Veillez joindre obligatoirement une copie des documents suivants :

- une preuve de paiement
- un relevé d'identité bancaire (RIB)