



Cliniques universitaires Saint-Luc ASBL
 N° Inami : 710/403/25/000
 N° d'entreprise : 0416.88.5016
 Avenue Hippocrate,10
 B-1200 Bruxelles
 www.saintluc.be

FACTURE pour soins ambulatoires à l'hôpital - soins du 20-07-2021 au 20-07-2021

| | | |
|------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Numéro de facture | : 221440387388 | |
| Date de facture | : 31-07-2021 | |
| Date d'envoi | : 06-09-2021 | |
| Date d'échéance | : 21-09-2021 | |
| N° d'enregistrement | : HM8000PAMB | |
| Dossier | : HM8000P | |
| Date de naissance | : 22-06-2016 | Adresse de facturation |
| Période de facturation | : 20-07-2021 - 20-07-2021 | CHEVALIER JADE |
| Mutualité | : 315000 | AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10 |
| N° NISS | : 16062216270 | 9600 RONSE |
| Code bénéficiaire | : 110/110 | |
| Rassemblement | : 210467 | |

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

Exceptionnellement, des factures complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

| 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) | Statut méd. (1) | Date | Code (9) | Nombre | A charge de la mutual. | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|--|-----------------|----------|----------|--------|------------------------|-------------------------|----------------|
| Honoraires remboursables | | | | | | | |
| Honoraires partiellement à charge de la mutualité | | | | | | | |
| KABAMBA MUKADI, Benoît | | | | | | | |
| Prescripteur KHALIL, TAHER | | | | | | | |
| Détection des entérovirus | C | 20/07/21 | 556791 | 1 | 58,72 | 8,68 | |
| Détection du virus de l'Herpes Simplex C | | 20/07/21 | 556813 | 1 | 58,72 | 8,68 | |
| Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) | | | | | 117,44 | 17,36 | |

| TOTAUX | A charge de la mutual. | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|---|------------------------|-------------------------|----------------|
| TOTAL | 117,44 | 17,36 | |
| Restant à payer | | 17,36 | |
| À verser sur le compte de l'hôpital : IBAN:BE73310039360060 BIC:BBRUBEBB | | 17,36 | |

- (1) Conventienné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
 Partiellement conventienné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
 Non conventienné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (3) La rubrique 'A charge du patient' comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des « Autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures ») et montants entièrement à charge du patient pour laquelle une TVA est due (montants sans TVA).
- (4) Supplément: est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventiennés ou partiellement conventiennés et sont entièrement à charge du patient.
- (9) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de données 'Nomensoft' disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>.



2



Gb5L3-3114/3212-1/3-8859260009-11456-11456

Exp. : Rue Ferrer, 159 - 7100 HAINE-SAINT-PAUL

CASTERMANT AMÉLIE EVELYNE
AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10
9600 RENAIX



Rue Ferrer, 159
7100 HAINE-SAINT-PAUL
N° INAMI : 71014688000
N° BCE : 0401.793.596

Informations :

Relations Patients : 064 / 23.5188
Email : relations.patients@jolimont.be

Haine-Saint-Paul, le 04/11/2021

N° de facture : 2115445172

N° de patient : 190174515

Madame,
Monsieur,


Veillez trouver ci-joint votre facture du 30-09-2021, présentant un montant à payer de 12,00 €.
Les conditions générales afférentes au paiement de celle-ci sont reprises au verso.


Nous vous prions d'utiliser pour le paiement le compte BE72195014505216 (IBAN), CREGBEBB (BIC) en prenant soin de mentionner la communication structurée +++211/5445/17211+++ dans la zone adéquate.

Nous vous remercions de votre confiance et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Service Facturation.

Pour toute information concernant votre facture,
Point unique de contact : 064/23.5188
Email : relations.patients@jolimont.be





Payer cette facture
facilement par smartphone ?

powered by **pom**

pay.pom.be/8dhkqk

Handtekening(en)
Signature(s)
Unterschrift(en)

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGSaufTRAG

Bij invulling met de hand, een HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje.
Si complète à la main, n'indiquez qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case.
Beim Ausfüllen mit der Hand ein GROSSBUCHSTABE oder Ziffern schwarz (oder blau) pro Feld.

Gewenste uitvoeringsdatum in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewünschtes Ausführungsdatum in der Zukunft

| | | | | |
|--|--|--|-----|------|
| | | | | |
| | | | EUR | CENT |
| | | | 1 2 | 0 0 |

Rekening opdrachtgever (IBAN)
Compte donneur d'ordre (IBAN)
Konto des Auftraggebers (IBAN)

Naam en adres opdrachtgever
Nom et adresse donneur d'ordre
Name und Adresse des Auftraggebers

C A S T E R M A N T A M É L I E E V E L Y N E
A U G U S T E D E L F O S S E S T R A A T 1 0
9 6 0 0 R E N A I X

Rekening begunstigde (IBAN)
Compte bénéficiaire (IBAN)
Konto des Begünstigten (IBAN)

B E 7 2 1 9 5 0 1 4 5 0 5 2 1 6

BIC begunstigde
BIC bénéficiaire
BIC Begünstigten

C R E G B E B B

Naam en adres begunstigde
Nom et adresse bénéficiaire
Name und Adresse des Begünstigten

C H J O L I M O N T - L O B B E S A S B L
R U E F E R R E R 1 5 9
7 1 0 0 H A I N E - S T - P A U L

Mededeling
Communication
Mittellung

2 1 1 5 4 4 5 1 7 2 1 1



Nom du patient CHEVALIER JADE

Rue Ferrer, 159
 7100 HAINE-SAINT-PAUL
 N° INAMI : 71014688000
 N° BCE : 0401.793.596

Relations Patients : 064 / 23.5188
 Email : relations.patients@jolimont.be

N° facture : 2115445172

Rassemblement 20211509
 Privé 315000
 N° d'inscription 16062216270 110 110
 Période de facturation 28/09/2021 jusqu'au 28/09/2021

Adresse de facturation :
CASTERMANT AMÉLIE EVELYNE
AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10
9600 RENAIX

Adresse du domicile :
CHEVALIER JADE
AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10
9600 RENAIX

Date de la note de soins : 30-09-2021

Facture Ambulant

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

Exceptionnellement, des factures complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

| 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) | Statut méd. (1) | Date | Code (9) | Nombre | A charge de la mutual. | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|--|-----------------|----------|----------|--------|------------------------|-------------------------|----------------|
| Honoraires remboursables | | | | | | | |
| Honoraires partiellement à charge de la mutualité | | | | | | | |
| ESTIEVENART, JULIE Consult chirurgie/ORL/méd.phys | C | 28/09/21 | 101275 | 1 | 12,85 | 12,00 | |
| Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) | | | | | 12,85 | 12,00 | |

| TOTAUX | A charge de la mutual. | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|--------------|------------------------|-------------------------|----------------|
| TOTAL | 12,85 | 12,00 | |

| | |
|------------------------|-------|
| Restant à payer | 12,00 |
|------------------------|-------|

| | |
|---|-------|
| À verser sur le compte de l'hôpital : BE72195014505216 | 12,00 |
|---|-------|

- (1) Conventienné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
 Partiellement conventienné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
 Non conventienné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (3) La rubrique 'A charge du patient' comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des « Autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures ») et montants entièrement à charge du patient pour laquelle une TVA est due (montants sans TVA).
- (4) Supplément: est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventiennés ou partiellement conventiennés et sont entièrement à charge du patient.
- (9) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de données 'Nomensoft' disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>.



Rue Samiette, 1
1400 NIVELLES
N° INAMI : 71034682000
N° BCE : 0401.793.596

Relations Patients : 064 / 23.5188
Email : relations.patients@jolimont.be

N° facture : 2165134291

Rassemblement 20216510
Privé 315000
N° d'inscription 16062216270 110 110
Période de facturation 19/10/2021 jusqu'au 19/10/2021

Adresse de facturation :
**CASTERMANT AMÉLIE EVELYNE
AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10
9600 RENAIX**

Adresse du domicile :
**CHEVALIER JADE
AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10
9600 RENAIX**

Date de la note de soins : 31-10-2021

Facture Ambulant

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

Exceptionnellement, des factures complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

| 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) | Statut méd. (1) | Date | Code (9) | Nombre | A charge de la mutual. | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|--|-----------------|----------|----------|--------|------------------------|-------------------------|----------------|
| Honoraires remboursables | | | | | | | |
| Honoraires partiellement à charge de la mutualité | | | | | | | |
| ESTIEVENART, JULIE Consult chirurgie/ORL/méd.phys | C | 19/10/21 | 101275 | 1 | 12,85 | 12,00 | |
| Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) | | | | | 12,85 | 12,00 | |

| TOTAUX | A charge de la mutual. | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|--------------|------------------------|-------------------------|----------------|
| TOTAL | 12,85 | 12,00 | |

| | |
|------------------------|-------|
| Restant à payer | 12,00 |
|------------------------|-------|

| | |
|---|-------|
| À verser sur le compte de l'hôpital : BE33195014508246 | 12,00 |
|---|-------|

- (1) Conventiionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (3) La rubrique 'A charge du patient' comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des « Autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures ») et montants entièrement à charge du patient pour laquelle une TVA est due (montants sans TVA).
- (4) Supplément: est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- (9) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de données 'Nomensoft' disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>.



Rue Ferrer, 159
7100 HAINE-SAINT-PAUL
N° INAMI : 71014688000
N° BCE : 0401.793.596

Relations Patients : 064 / 23.5188
Email : relations.patients@jolimont.be

N° facture : 2114080804

Rassemblement 20211410
Privé 315000
N° d'inscription 16062216270 110 110
Période de facturation 20/09/2021 jusqu'au 24/09/2021
Hospitalisation du 20-07-2021 à 00:13
Jusqu'au 24-09-2021 à 15:31

Adresse de facturation :
CHEVALIER JADE
AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10
9600 RONSE

Adresse du domicile :
CHEVALIER JADE
AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10
9600 RONSE

Date de la note de soins : 31-10-2021

RÉSUMÉ DES FRAIS A VOTRE CHARGE

3. Pharmacie: médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux 11,12

| | |
|--|--------------|
| Total des frais à charge du patient | 11,12 |
|--|--------------|

| | |
|---|--------------|
| À verser sur le compte de l'hôpital : BE72195014505216 | 11,12 |
|---|--------------|

5



Gb5L3-2284/2342-1/3-9170690008-9500-9500

Exp. : Rue Samiette, 1 - 1400 NIVELLES

Rue Samiette, 1
1400 NIVELLES
N° INAMI : 71034682000
N° BCE : 0401.793.596

CASTERMANT AMÉLIE EVELYNE
AUGUSTE DELFOSSISTRAAT 10
9600 RENAIX



Informations :

Relations Patients : 064 / 23.5188
Email : relations.patients@jolimont.be

Nivelles, le 03/01/2022

N° de facture : 2165150151
N° de patient : 190174515

Madame,
Monsieur,


Veillez trouver ci-joint votre facture du 30-11-2021, présentant un montant à payer de 12,00 €.
Les conditions générales afférentes au paiement de celle-ci sont reprises au verso.

Nous vous prions d'utiliser pour le paiement le compte BE33195014508246 (IBAN), CREGBEBB (BIC) en prenant soin de mentionner la communication structurée +++216/5150/15156+++ dans la zone adéquate.

Nous vous remercions de votre confiance et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Service Facturation.

Pour toute information concernant votre facture,
Point unique de contact : 064/23.5188
Email : relations.patients@jolimont.be



Payer cette facture facilement par smartphone ?
powered by **pom**
pay.pom.be/i8pxyl

Handtekening(en)
Signature(s)
Unterschrift(en)

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT
ORDRE DE VIREMENT
ÜBERWEISUNGSaufTRAG

Bij invulling met de hand: een HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje. Si complète à la main, indiquer en une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case. Beim Ausfüllen mit der Hand ein GROSSBUCHSTABE oder Zahl in schwarz (oder blau) pro Feld.

Gewenste uitvoeringsdatum in de toekomst / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewünschtes Ausführungsdatum in der Zukunft

Bedrag / Montant / Betrag EUR CENT

Rekening opdrachtgever (IBAN) / Compte donneur d'ordre (IBAN) / Konto des Auftraggebers (IBAN)

Naam en adres opdrachtgever / Nom et adresse donneur d'ordre / Name und Adresse des Auftraggebers

Rekening begunstigde (IBAN) / Compte bénéficiaire (IBAN) / Konto des Begünstigten (IBAN)

BIC begunstigde / BIC bénéficiaire / BIC Begünstigten

Naam en adres begunstigde / Nom et adresse bénéficiaire / Name und Adresse des Begünstigten

Mededeling / Communication / Mitteilung

CASTERMANT AMÉLIE EVELYNE
AUGUSTE DELFOSSISTRAAT 10
9600 RENAIX

BE33195014508246

CREGBEBB

CH TUBIZE - NIVELLES ASBL
RUE SAMIETTE 1
1400 NIVELLES

216515015156



Rue Samiette, 1
 1400 NIVELLES
 N° INAMI : 71034682000
 N° BCE : 0401.793.596

Relations Patients : 064 / 23.5188
 Email : relations.patients@jolimont.be

N° facture : 2165150151

Rassemblement 20216511
 Privé 315000
 N° d'inscription 16062216270 110 110
 Période de facturation 16/11/2021 jusqu'au 16/11/2021

Adresse de facturation :
**CASTERMANT AMÉLIE EVELYNE
 AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10
 9600 RENAIX**

Adresse du domicile :
**CHEVALIER JADE
 AUGUSTE DELFOSSESTRAAT 10
 9600 RENAIX**

Date de la note de soins : 30-11-2021

Facture Ambulant

DETAIL FACTURE PATIENT

Communication

Exceptionnellement, des factures complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : adressez-vous à votre mutuelle ou à l'hôpital.

| 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) | Statut méd. (1) | Date | Code (9) | Nombre | A charge de la mutual. | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|--|-----------------|----------|----------|--------|------------------------|-------------------------|----------------|
| Honoraires remboursables | | | | | | | |
| Honoraires partiellement à charge de la mutualité | | | | | | | |
| ESTIEVENART, JULIE | | | | | | | |
| Consult chirurgie/ORL/méd.phys | C | 16/11/21 | 101275 | 1 | 12,85 | 12,00 | |
| Sous-total 1. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs) | | | | | 12,85 | 12,00 | |

| TOTAUX | A charge de la mutual. | A charge du patient (3) | Supplément (4) |
|--------------|------------------------|-------------------------|----------------|
| TOTAL | 12,85 | 12,00 | |

| | |
|------------------------|--------------|
| Restant à payer | 12,00 |
|------------------------|--------------|

| | |
|---|--------------|
| À verser sur le compte de l'hôpital : BE33195014508246 | 12,00 |
|---|--------------|

- (1) Conventiionné (C) : le dispensateur est lié aux tarifs fixés dans une convention.
 Partiellement conventionné (PC) : le dispensateur est certains jours, lié aux tarifs fixés dans la convention. Le dispensateur ou l'hôpital peuvent vous donner plus d'informations à ce sujet.
 Non conventionné (NC) : le dispensateur n'est pas lié aux tarifs fixés dans une convention.
- (3) La rubrique 'A charge du patient' comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires) et des « Autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures ») et montants entièrement à charge du patient pour laquelle une TVA est due (montants sans TVA).
- (4) Supplément: est facturé en plus du montant officiel des honoraires. Ces montants peuvent être facturés par des médecins non-conventionnés ou partiellement conventionnés et sont entièrement à charge du patient.
- (9) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de données 'Nomensoft' disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>.



facturation.ambulance@incendiebw.be
Joignable du lundi au vendredi de 9h à 12h au
010/68.66.49

Siège social :
Place du Brabant wallon, 1
1300 Wavre
BCE : 0500 915 423

COPIE

WAVRE, le 06/10/2021

Facture n° 2021/AM/007716**Madame CHEVALIER JADE**

Auguste Delfossestraat 10
9600 Renaix

Intervention d'aide médicale urgente du service ambulances

| <u>Données du patient :</u> | <u>Intervention :</u> |
|---|--|
| Nom et Prénom du patient : Chevalier Jade | Lieu d'intervention : Rue Samiette 1 1400 Nivelles |
| Date de naissance : 22/06/2016 | Destination : Centres Hospitaliers (CH) Jolimont - Jolimont |
| Numéro national : 16062216270 | Numéro de course attribué par le centre d'appel unifié : 50212000605 |
| | Date et heure d'arrivée de l'ambulance : 19/07/2021 à 23:18 |
| | Numéro de fiche Ambureg : 21072012115303020001 |

Le patient ou son titulaire peut demander au représentant légal du service ambulance l'accès aux données à caractère personnel et aux autres données de l'intervention ambulancière au cours de laquelle il y a eu contact avec le patient.

| <u>Description</u> | <u>Montant</u> |
|--|---|
| Forfait intervention service d'ambulance | 61,41 € |
| <u>Montant forfaitaire à charge du patient</u> | <u>Montant à charge de l'organisme assureur</u> |
| 61,41 € | 00,00 € |

Exempté de T.V.A. conformément à l'art. 44, §1, 1° et 2°, et §2, 2° du Code de la T.V.A.

Règlement applicable : la présente redevance est recouvrable conformément aux dispositions du règlement-redevance adopté par le Conseil de Zone le 4/4/2019 consultable sur le site internet www.secourspompiers.be

Paiement : A défaut de paiement dans les 30 jours à dater de la présente facture, un rappel sans frais sera envoyé par pli simple. Tout redevable en retard de paiement sera poursuivi, et sans préjudice des frais de recouvrement, il lui sera réclamé des intérêts de retard calculés au taux légal ainsi qu'un montant forfaitaire de 10,00 €.

Réclamations : Sous peine d'irrecevabilité, toute réclamation contre la présente redevance doit être introduite dans les trois mois à compter de la date d'envoi de la facture, conformément à l'article 8 du règlement-redevance. La réclamation doit être adressée au Président du Collège de la Zone de Secours du Brabant Wallon. Elle doit mentionner le numéro de la facture, être datée, signée et motivée, c'est-à-dire énoncer clairement les motifs pour lesquels la redevance est contestée.

Les données à caractère personnel sont traitées en conformité avec le Règlement européen (UE) 2016/679 du 26 avril 2016 relatif à la protection des données des personnes physiques à l'égard des traitements de données personnelles.

La communication structurée doit être obligatoirement utilisée lors du paiement. Facture conforme à l'AR du 28/11/2018.

Pour le paiement, utilisez EXCLUSIVEMENT la formule spéciale ci-dessous.

6 1 , 4 1

CHEVALIER JADE
Auguste Delfossestraat 10
9600 Renaix

B E 5 9 0 9 7 0 1 8 8 4 0 0 2 6

G K C C B E B B

Zone de Secours du ZONE DE SECOURS DU BRABANT WALLON
Place du Brabant wallon 1
1300 WAVRE

+++104/1007/71630+++