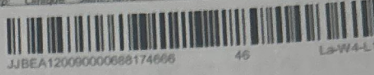




Avenue Reine Fabiola, 9  
1340 OTTIGNIES-LOUVAIN-LA-NEUVE  
Tél. : 010 437 211  
Infoadmin@cspo.be  
www.cspo.be  
N°INAMI 71004394000  
N°BCE BE0410508057



Exp: Clinique Saint-Pierre - Avenue Reine Fabiola, 9 - 1340 OTTIGNIES



WERY, PRISCILLIA MARIE  
RUE DE VELROUX 3  
4347 FEXHE-LE-HAUT-CLOCHER

46 - 113 - 0

Direction administrative et financière

Ottignies, le 02/09/2024

**Concerne : votre facture n° 242408653**

Madame, Monsieur,

Vous trouverez, ci-joint, votre facture établie conformément au format imposé par la législation. Les conditions et modalités de paiement sont reprises au verso de ce courrier.

Nous vous invitons à utiliser les informations du bulletin de virement ci-dessous en prenant soin de **mentionner la même communication structurée** pour assurer l'attribution du paiement au patient concerné.

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

**Une question concernant votre facture ?**

**Service Facturation Patients**

**Permanence téléphonique**

Tél : +32 (0)10 43 77 12

Lundi-Mercredi-Vendredi de 8h à 12h - Mardi-Jeudi de 13h à 16h

**Permanence Accueil**

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 12h et de 13h à 16h30

Courriel : facturation.patients@cspo.be

scannez ce QR code  
via votre application  
bancaire



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

**OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT**  
**ORDRE DE VIREMENT**  
**ÜBERWEISUNGS-AUFTRAG**

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

Bedrag / Montant / Betrag **EUR** **CENT**  
1 0 8 , 6 6

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  
**WERY, PRISCILLIA MARIE**  
**RUE DE VELROUX 3**  
**4347 FEXHE-LE-HAUT-CLOCHER**

Rekening begunstigde (IBAN)  
Compte bénéficiaire (IBAN)  
Konto des Begünstigten (IBAN)  
**B E 8 2 7 3 2 0 0 7 8 9 7 5 6 8**

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  
**Clinique Saint Pierre**  
**Avenue Reine Fabiola, 9**  
**1340 OTTIGNIES-LOUVAIN-LA-NEUVE**

IBAN  
**++ + 4 2 4 / 2 4 0 8 / 6 5 3 6 6 + + +**