



**ZONE DE SECOURS  
VESDRE - HOËGNE & PLATEAU**

Rue Simon Lobet 36  
4800 VERVIERS

VERVIERS, le 09/11/2023

**Facture n° 2023/AM/011321**

**Madame KHARIKOV RAYANA**

Rue Maurice Pottier 43  
4900 Spa

N° INAMI: 7-96640-21  
TVA: BE 0500 916 908

Agent traitant :  
Service facturation  
Tél: 087/47 97 80  
E-mail: info@zone-vhp.be

**Intervention d'aide médicale urgente du service ambulances**

<u>Données du patient :</u> Nom et Prénom du patient : Kharikov Rayana Date de naissance : 29/10/2022 Numéro national : 22102921063	<u>Intervention :</u> Lieu d'intervention : Rue Maurice Pottier 43 4900 Spa Destination : Pas de transport Numéro de course attribué par le centre d'appel unifié : 60232750088 Date et heure d'arrivée de l'ambulance : 02/10/2023 à 10:30 Numéro de fiche Ambureg : 23100212055540464001
--	---

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	67,53 €

<u>Montant forfaitaire à charge du patient</u> 67,53 €	<u>Montant à charge de l'organisme assureur</u> 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.

La somme de 67,53 euros est à verser au compte bancaire IBAN BE94 0960 1884 6414 de la ZONE de SECOURS Vesdre - Hoëgne & Plateau dans les trente (30) jours à dater de la présente avec la communication structurée +++101/3011/32166+++.

A défaut de paiement dans le mois à dater de la présente facture, le recouvrement de la redevance s'effectuera conformément à l'article 50 de l'A.R. du 19/04/2014 portant sur le règlement général de la comptabilité des Zones de secours.

Toute réclamation doit être introduite par écrit à l'adresse rue Simon Lobet 36 à 4800 VERVIERS ou par mail à l'adresse info@zone-vhp.be dans le mois de la présente avec la référence : facture n° 2023/AM/011321.

La présente facture est établie en application de la loi du 08/07/1964 relative à l'Aide Médicale Urgente (A.R. du 21 décembre 2018). En cas d'accident ou de maladie, vous pouvez transmettre le présent document à votre assurance ou à votre mutuelle accompagnée de la preuve de votre paiement.

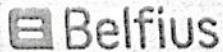
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

LE COMMANDANT DE ZONE

GREGOIRE Quentin

Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT



Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur	Montant	EUR	CENT
		67	53
Compte donneur d'ordre (IBAN)			
Nom et adresse donneur d'ordre	KHARIKOV RAYANA Rue Maurice Pottier 43 4900 Spa		
Compte bénéficiaire (IBAN)	BE94096018846414		
BIC bénéficiaire	GKCCBEBB		
Nom et adresse bénéficiaire	ZONE de SECOURS V-H&P Rue Simon Lobet 36		

SOOP-4413-1 120651

805-1