cndg
CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE ASBL
GOSSELIES

LBPM
Laboratoire de BioPathologie Médicale

Gosselies le, 09/01/2024

Cb-W3-L2

Exp : cndg, Chaussee de nivelles 212, 6041 Gosselies

AZEROUAL HICHAM
Avenue Edmond Leburton 41
6031 MONCEAU-SUR-SAMBRE

MISE EN DEMEURE

CONCERNE : AZEROUAL HICHAM Dossier n° : **416226**

Madame, Monsieur,

Suivant nos décomptes du 03/01/2024, nous constatons que la (les) facture(s) suivante(s) reste(nt) impayée(s) malgré notre premier rappel. Si vous avez effectué le paiement correct en termes de montant, de communication structurée et de compte bancaire à la date de décompte ou après cette date, ne tenez pas compte de la présente mise en demeure.
Si la facture n'a pas été honorée, le montant impayé est majoré d'une indemnité forfaitaire et d'intérêts fixés conformément à la loi du 04 mai 2023.

Référence	Type doc.	Séjour	Date pièce	Date échéance	Montant
234731844	FAC.E. PAT. 0923	Période de facturation : 09/2023	30/09/2023	06/11/2023	3.72

Total des documents :	3.72
Montant des frais :	20.04
Total à payer :	**23.76**

Nous vous prions de bien vouloir régler la somme de 23.76€ dans les 14 jours calendrier, au moyen du virement ci-joint. Sans réaction de votre part, la facture sera transmise à une société de recouvrement externe pour un recouvrement amiable ou judiciaire. Tout paiement non conforme au virement joint ne pourra pas être réconcilié avec la facture concernée et pourrait ne pas être pris en considération.

Vous pouvez obtenir, sur simple demande, une copie des factures concernées. Des difficultés à payer ? Prenez immédiatement contact avec le service facturation-patients afin d'envisager une facilité de paiement.

Toute contestation doit être motivée et envoyée par mail à facturation.patients@cndg.be, si la décision n'est pas donnée par la

G2559P002860-I10-0000-[1/1]

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 23,76 CENT

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre

Compte bénéficiaire (IBAN) BE87 1982 5505 0294

BIC bénéficiaire CREGBEBB

Nom et adresse bénéficiaire
CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE
CHAUSSSEE DE NIVELLE 212
6041 GOSSELIES

+++625/0286/82765+++