

Zone de secours Hainaut-Est

Rue de la Tombe, 112
6001 MARCINELLE
N° INAMI: 7-96520-44

MARCINELLE, le 15/03/2024

Facture n° 2024/AM/002845

Pour toute demande relative aux modalités de paiement :
Tél : 071/75.13.04 ou 071/75.13.78

Heures d'ouverture de nos services : voir verso

BAUDOUX SABRINA
Rue Jules Houssière 151
6020 CHARLEROI

Intervention d'aide médicale urgente du service d'ambulances

Matricule : 91022622844

Données du patient :	Intervention :
Nom et Prénom du patient : Baudoux Melina	Lieu d'intervention : Rue Jules Houssière 151 6020 Charleroi (Dampremy)
Adresse du patient : Rue Jules Houssière 151 , 6020 Charleroi (Dampremy)	Date et heure d'arrivée de l'ambulance : 04/02/2024 à 19:26
Date de naissance : 21/04/2014	Numéro de course attribué par le centre d'appel unifié : 50240350716
	Hôpital de destination : Grand Hôpital de Charleroi - I.M.T.R.
	Numéro de fiche Ambureg : 24020420014963752001

Le patient ou son titulaire peut demander au représentant légal du service ambulancier 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.

Description	Montant
Forfait intervention service d'ambulance	70,92 €

Montant forfaitaire à charge du patient	Montant à charge de l'organisme assureur
70,92 €	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 **70,92** euros est à verser au compte bancaire IBAN BE25 0971 5165 8082 BIC GKCCBEBB de la Zone de Secours Hainaut-Est au plus tard le **15/04/2024** avec la communication structurée +++101/4002/84556+++.

A défaut de paiement dans le délai imparti, une mise en demeure avec des frais supplémentaires vous sera adressée.
En cas d'accident ou de succession, voir les informations supplémentaires au verso.

Toute réclamation doit être introduite par écrit à l'adresse Rue de la Tombe, 112 à 6001 MARCINELLE ou par mail à l'adresse facturation@zoh.be dans les trois (3) mois de la présente avec la référence : **facture n° 2024/AM/002845**.

La présente facture est établie conformément à l'A.R. du 28/11/2018.

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

SDOP 4413-1 120651

805-1



Signature(s) Pour le paiement, utilisez **EXCLUSIVEMENT** la formule spéciale ci-dessous.

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	7 0	9 2
Compte donneur d'ordre (IBAN)	<input type="text"/>		
Nom et adresse donneur d'ordre	BAUDOUX SABRINA Rue Jules Houssière 151 6020 CHARLEROI		
Compte bénéficiaire (IBAN)	B E 2 5 0 9 7 1 5 1 6 5 8 0 8 2		
BIC bénéficiaire	G K C C B E B B		
Nom et adresse bénéficiaire	ZONE de SECOURS Rue de la Tombe, 112 6001 MARCINELLE		
Communication	+++101/4002/84556+++		