RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

MANDAT DE VERSEMENT À UN ÉTABLISSEMENT TIERS

ASP
Agence de Services et de Paiement

Ce document est à remplir obligatoirement si vous souhaitez que le remboursement des aides exceptionnelles aux entreprises de transport sanitaire soit versées directement à un autre établissement, appartenant à la même société (même SIREN).

Information : Ce document est à renseigner par le représentant légal de l'entreprise (à l'échelle du N° SIRET) qui fait une demande d'aide exceptionnelle aux entreprises de transport sanitaire.

Je soussigné(e) :

☐ Madame ☐ Monsieur

Prénom : _____ Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

né(e) le _____ Département de naissance : _____

Courriel : _____

Représentant légal de l'établissement suivant :

Raison sociale : _____

N° SIRET : _____

autorise que le versement de l'aide exceptionnelle aux entreprises de transport sanitaire soit réalisé sur le compte bancaire de l'établissement suivant :

Raison sociale : _____

N° SIRET : _____

Compte bancaire :

Code IBAN : _____

Code BIC : _____

Titulaire du compte : _____

Fait à : _____ le : _____

Signature du représentant légal de l'entreprise effectuant la demande d'aide