

Déclaration de créance

Objet : remboursement des frais de transports occasionnés auprès de la Locomobile ou de la Croix Rouge pour trajets vaccination en lien au Covid-19

Je soussigné,.....(Nom, prénom), NN
Rue.....N°
Code Postal.....Localité.....

Déclare par la présente qu'il est dû la somme deEuros ¹

Par l'Administration communale de Florenville
Adresse : Rue du Château N° 5
Code Postal : 6820 Localité : Florenville

Pour le remboursement des frais occasionnés auprès de la Locomobile/ la Croix Rouge ²

Cette somme est payable au compte :

IBAN

BIC :

Ouvert au nom de

Certifié sincère et véritable à la somme de
.....
..... (Montant en lettres).

Fait à, le

Signature,

Annexes :

- Preuve de paiement
- Attestation de remboursement de la mutuelle
- La preuve des dates de vaccination

¹ Montant après déduction du remboursement de la mutuelle si transport par la Croix Rouge

² Biffer la mention inutile