|  |  |
| --- | --- |
| [Nom de la structure] | FACTURE |
| [Adresse]  [Code postal, Ville]  Numéro SIRET :  Téléphone :  Mail : | Facture n° : DATE : !!! pour la facture du 1er trimestre la date de facturation doit être antérieure au 31 décembre |
|  | Destinataire : CROS BFC – Réseau Sport Santé  N° SIRET : 831 848 510 000 10  Code APE : 9319Z  Maison régionale des sports  3 avenue des Montboucons  25000 BESANCON  Téléphone : 03.81.48.36.52  Mail : [contact@rssbfc.fr](mailto:contact@rssbfc.fr) ou [katiahavet@franceolympique.com](mailto:katiahavet@franceolympique.com) |

|  |
| --- |
| Commentaires ou instructions spéciales : Dans le cadre du Parcours d’Accompagnement Sportif pour la Santé |

| NOM ET PRENOM | POURCENTAGE DE PRisE EN CHARGE | Montant |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TOTAL ET NET A PAYER | **€** |

Pièce jointe : RIB

Pour toute question concernant cette facture, veuillez contacter : [Nom, Prénom] [Numéro de téléphone] [Adresse mail]