|  |  |
| --- | --- |
| [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 SantéN° SIRET : 831 848 510 000 10Code APE : 9319ZMaison régionale des sports3 avenue des Montboucons25000 BESANCONTéléphone : 03.81.48.36.52Mail : contact@rssbfc.fr ou 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]