

Changement du compte bancaire pour prestataires

Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli, signé et accompagné d'un RIB
à l'adresse courriel suivante: gefo.cns@secu.lu

Nom(s) et prénom du demandeur:

Matricule sécurité sociale lux.:

Profession:

Adresse professionnelle: Numéro et rue:

Code postal et localité: L-

Téléphone: +352

E-mail:

Code prestataire:

Compte CCP ou bancaire – IBAN:

Le signataire de la présente déclare que la CNS se libère valablement de ses créances et dettes sur ce compte.

La demande de changement de compte bancaire doit être accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB) établi par l'institut financier.

Sans ce document, la demande ne pourra être prise en compte.

Date d'effet du nouveau compte: ___ / ___ / 20 ___

Remarques:

.....

Date, cachet et signature