

Notification à la Caisse nationale de santé de la composition du groupement facturier

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

Dénomination du groupement facturier

Matricule du groupement facturier

Code du groupement facturier

Garder oui/non le code du groupement facturier actuel

Adresse cabinet – Rue

Adresse cabinet – CP et localité

Compte bancaire – IBAN

LU _ _ _ _ _

À joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) si nouveau code ou changement de compte

Nom et prénom	Code individuel	Date entrée	Date sortie	Signature
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

- Par la présente, tout membre du groupement facturier s'engage avec sa signature à informer les autres membres de toute circonstance pouvant avoir une incidence sur son statut au niveau de celle-ci. Il en est ainsi notamment de son départ, de la cessation volontaire de ses activités, de la révocation de l'autorisation d'exercer ministérielle, etc.
- Les signataires marquent leur accord avec le départ ou l'adhérence d'un membre.
- Les signataires de la présente déclarent que la CNS se libère valablement de ses créances et dettes sur ce compte.

Lieu et date