

Changement du compte bancaire pour prestataires

Veillez envoyer l'original dûment rempli, daté et signé par voie postale à l'adresse
CNS, Département Prestations en nature maladie-maternité, Gestion prestataires, B.P. 1023,
L-1010 Luxembourg ou par voie numérique à l'adresse 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:

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 et Signature