


Dr Tél : Fax : Email :	Code prestataire déclarant :
	<réservé CNS> 

Formulaire de déclaration : Nouvel appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Date d'établissement :

Données de l'appareil

Type	
Marque	
Numéro de série	
<input type="checkbox"/> Achat ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Leasing ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Location ⁽³⁾	
Date d'installation	
Valeur d'acquisition	

Pièces à joindre

⁽¹⁾ Facture d'acquisition acquittée

⁽²⁾ Contrat de leasing signé

⁽³⁾ Contrat de location signé

⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ Bon de livraison/réception signé avec numéro de série complet de l'appareil

--

Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil :

En cochant la case ci-contre, j'autorise l'utilisation de l'adresse e-mail mentionnée ci-dessus pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil.

Vous pouvez retirer votre consentement et vous désinscrire à tout moment en envoyant une demande de désinscription à l'adresse postale Service gestion prestataires 4, rue Mercier – B.P.1023 L-1010 Luxembourg ou par email à l'adresse gefo.cns@secu.lu.

Remarque(s) :	Signature du prestataire