

**Annexe 2**

<b>PRESTATAIRE No ...</b> <i>(sera complété par la CEESV)</i>	
<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>NPA Localité</b>	
<b>Téléphone et fax</b>	
<b>E-mail</b>	
<b>No de RCC (sasis)</b>	
<b>N° IDE (OFS)</b>	
<b>No EAN/GLN (refdata)</b>	
<b>COORDONNEES BANCAIRES</b>	
<b>No IBAN</b>	
<b>Etablissement</b>	
<b>Titulaire du compte</b>	

**Tout changement doit être annoncé à la CEESV dans les 30 jours**

**AUTORISATION**

Par la présente, j'autorise

- la Caisse des Médecins à transmettre à la CEESV la liste mensuelle des factures encaissées des clients domiciliés dans le canton de Vaud, à but de paiement du financement résiduel à charge de l'Etat.
  
- La CEESV à modifier auprès de SASIS SA l'adresse de correspondance et les coordonnées bancaires relatives aux paiements des prestations facturées sous le numéro RCC indiqué ci-dessus, pour une date d'entrée en vigueur (communiquée ultérieurement par la CEESV) au ...

Date .....

Signature .....