

Annexe 2

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

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