

Monitrice/moniteur de cours

Prénom/nom	
Rue/n°	
NPA/lieu	
Téléphone	
N° MEFIT	
N° RCC	
N° GLN	

Participante/participant au cours

Prénom/nom	
Rue/n°	
NPA/lieu	
N° d'assuré(e)	
Date de naissance	

Facture

Date de facture: _____

N° de facture: _____

Cours pour la promotion de la santé

Titre du cours			
Date du cours		à	
Méthode MEFIT			
N° de la méthode			
Nombre de leçons			
Durée par leçon		minutes	
Tarif par leçon			
Montant total sfr. TVA incl.			

Facture payable dans les 30 jours

Coordonnées bancaires/postales: _____

IBAN: _____

Signature de la monitrice / du moniteur de cours*: _____

** La monitrice / le moniteur de cours confirme, par sa signature, qu'elle a donnée / qu'il a donné personnellement toutes les leçons figurant sur cette facture.*