Université de Reims Champagne-Ardenne

Agence Comptable

# Fichier Clients

2 avenue Robert Schuman – 51100 REIMS

**COMPOSANTE :** IUT de TROYES – F985 – 9 rue de Québec - 10026 TROYES CEDEX

Création X Modification du n°

N° de Fournisseur\*

Titre, civilité : **OBLIGATOIRE**

🞎 Mme 🞎 Professeur 🞎 Université 🞎 Administration

🞎 M. 🞎 Docteur 🞎 Association 🞎 Maître

🞎 Melle 🞎 Société 🞎 UB

Nom, Prénom ou Raison sociale : .......................................................................................................................

N° de SIRET **si personne morale** : ............................................................. **OBLIGATOIRE (14 caractères)**

N°INSEE **si particulier** : **OBLIGATOIRE (15 caractères)**

**FOURNIR SI POSSIBLE UN RIB**

**ADRESSE**

**Destinataire de la facture**

N° et nom de la voie : ........................................................................................................................................

Cedex Lieu-dit ............................ Code Postal

Ville : ........................................................................

Pays : .........................................................

N° de téléphone : N° de Fax :

Personne à contacter : ...........................................

**Payeur**

N° et nom de voie : .............................................................................................................................................

Code Postal Ville : ................................................... Pays : .......................................

N° de téléphone : N° de Fax :

Personne à contacter : ...............................................

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Donneur d’ordre**

N° et nom de voie : .............................................................................................................................................

Code Postal Ville : ................................................... Pays : .......................................

N° de téléphone : N° de Fax :

Personne à contacter : ...............................................