

# PROVIDER'S MASTER DATA FORM

FORMULAIRE DE COORDONNÉES BANCAIRES DU PRESTATAIRE



INFORMATIONS GÉNÉRALES (*champs obligatoires)			
Numéro de la garantie de paiement (le cas échéant)			
* Nom du Prestataire			
* Nom de l'Entité Juridique			
* ID du contribuable / Numéro d'identification fiscale (NIF) / Numéro d'identification de l'employeur (EIN) / Numéro de TVA intracommunautaire	* Prestataires américains doivent joindre le formulaire W9	Nom de la déclaration fiscale	
* Adresse complète			
* Pays		* Code postal	
COORDONNÉES GÉNÉRALES (* champs obligatoires)		ADRESSE D'ENVOI DU PAIEMENT (VERSEMENT)	
Nom du contact			
Titre du poste			
Service			
* Numéro de téléphone			
* Courriel			
COORDONNÉES BANCAIRE PRINCIPALES (* champs obligatoires)		COORDONNÉES BANCAIRES SECONDAIRES / INTERMÉDIAIRES	
* Nom du compte / Bénéficiaire			
* Numéro de compte / IBAN			
* Code guichet / SWIFT BIC / Code banque			
* Nom de la banque			
* Pays de la banque			
Numéro de la banque			
Nom de l'agence			

## Autorisation (Signature et Date obligatoire)

\_\_\_\_\_ Le titulaire du compte bancaire autorise par les présentes Intl.SOS et/ou ses mandataires dédiés à effectuer les paiements de toute prestation qui nous est due en créditant les paiements sur son compte à la banque ou à l'institution financière nommée ci-dessus. Il s'engage à notifier par écrit tout changement relatif aux informations fournies dans ce formulaire ou tout retrait de cette autorisation.

Signature	Nom de l'organisation

Date

Une fois complété, veuillez nous renvoyer le formulaire en utilisant l'une des adresses électroniques suivantes, selon le pays où vous vous situez :

Régions Europe / Afrique/ Amérique du Nord / Moyen-Orient:	EMEA.provideradmin@internationalsos.com
Régions Asie-Pacifique:	GSSAPAC.PNS@internationalsos.com
Régions d'Amérique latine:	Mexico.Provider@internationalsos.com