

**FORMULAIRE DE COORDONNÉES BANCAIRES DU PRESTATAIRE
"Provider's Master Data Form"**



INFORMATIONS GÉNÉRALES (*champs obligatoires)			
Numéro de garantie de paiement (le cas échéant)			
* Nom du Prestataire			
* 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 baque			
* Nom de la banque			
Numéro de la banque			
Nom de l'agence			
Pays de la banque			

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 e-mail suivantes, selon le pays où vous vous situez :

Régions Europe / Afrique: EMEA.provideradmin@internationalsos.com

Régions Asie-Pacifique: GSSAPAC.PNS@internationalsos.com

Régions d'Amérique latine: Mexico.Provider@internationalsos.com

Régions d'Amérique du Nord: phlganrequest@internationalsos.com