



Centre Hospitalier de Lens

Demande de changement de domiciliation bancaire

Je soussigné(e), (*nom et prénom*)

né(e) le

N° de matricule :

demande que dorénavant mon traitement soit viré sur le compte bancaire suivant :

➤ Banque :

➤ Agence de :

➤ N° de compte :

Ci-joint un RIB.

A Lens, le

(Signature)



Hôpitaux Publics de l'Artois
Centre Hospitalier de Lens
99, Route de La Bassée - Sac Postal 08
62307 LENS Cedex
Téléphone : 03 21 69 12 34
www.ch-lens.fr