RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Inserm
La science pour la santé
From science to health

DEMANDE DE CREATION/MODIFICATION D'UN FOURNISSEUR FRANÇAIS

NOM DU DEMANDEUR :

Unité / service / bureau :

Date de la demande :

1) Identité du fournisseur

Raison sociale	
Fournisseur percevant des Honoraires	OUI : ☐ / NON : ☐
Type d'organisation	Société privée : OUI ☐ NON ☐
	Personne Physique : OUI ☐ NON ☐
Adresse	
Adresse complémentaire	
Code Postal	
Ville	
Pays	
Email *(obligatoire pour les paiements par virement)*	
N°TVA Intracommunautaire (obligatoire pour les Stés Européennes)	
N° SIRET *(obligatoire)*	

2) Coordonnées bancaires du fournisseur

Joindre impérativement le RIB du fournisseur.

CONTROLE EFFECTUE PAR LA DR / ADS **OUI** ☐

Nom et signature de l'agent certifiant avoir effectué le contrôle :