**TOUT DOSSIER INCOMPLET OU FICHE MANUSCRITE NE SERA PAS TRAITÉ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Document à retourner après vérification du service demandant à **DFC-AGENCE COMPTABLE**   Mail : **ac.tiers@liste.parisnanterre.fr**  **Demandé le :** | |
| **Fiche navette de demande de création ou modification d’un FOURNISSEUR (société)** | | |
| □ Création ou □ Modification  Modification portant sur :  □ Nom du fournisseur  □ Adresse du fournisseur *(dont SIRET)*  □ RIB du fournisseur :  □ Avec suppression de l’ancien  □ Autres (Préciser) :  □ Tiers bloqué, numéro :   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |   Société : □ UPN □ LA CONTEMPORAINE  *Pour toute modification relative à l’identité ou à l’adresse du fournisseur, une pièce faisant apparaître le n° SIRET sera demandée à l’appui de la demande (extrait Kbis, fiche SIRENE, facture avec références SIRET etc).* | | Nom et prénom du **GESTIONNAIRE SIFAC\* :**  Coordonnées Service Tél/Mail\* : |
| **DONNEES GENERALES DU FOURNISSEUR** | | |
| Raison sociale**\*** :  Nature juridique (ex. : SARL) :  N° SIRET (14 car.)**\*** : ../../.. ../../.. ../../.. ../../../../..  N° TVA Intra-com**\*** :  ASSOCIATION : *Joindre obligatoirement le récépissé de déclaration de création de l’association.*  Les établissements ou services d’aide par le travail (ESAT ou CAT) sont des établissements médico-sociaux qui relèvent des dispositions figurant dans le code de l’action sociale et des familles. Ils offrent aux personnes handicapées des activités diverses à caractère professionnel. □ **La demande de création concerne un ESAT** **ou un atelier protégé**. | | |
| |  | | --- | | **ADRESSE PRINCIPALE (toutes les rubriques sont à compléter)\* :**  N° de la voie : Voie :  Nom de la voie :  Code postal : Ville :  Boîte postale :  Contact : Courriel :  Pays :  🕿 : 🖮 : | | | |

**\* Obligatoire Joindre obligatoirement un RIB\***

**/!\ S'il vous plaît remplissez cette partie que si vous n'avez pas de compte bancaire français.**

En vue de simplifier et d’accélérer le traitement des paiements transfrontaliers toutes les informations suivantes sont nécessaires à l’identification très précise du titulaire du compte, de sa banque et de son pays d’origine. Il est donc important de remplir ce formulaire et de joindre en complément un document officiel de votre banque récapitulant vos coordonnées ci-dessous.

**/!\ Please complete this part if you do not have a French bank account.**

To simplify and expedite cross-border payments the following information is necessary for very precise identification of the account holder, its bank and its country of origin. It is therefore important to complete this form - and enclose an official document from your bank with your contact details below.

|  |
| --- |
| **Ordre de paiement vers l'étranger** |
| Bénéficiaire (titulaire du compte) : |
| Nom ou Raison sociale :  Adresse :  Ville :  Pays : |
|  |
| **Information Banque \*** |
| **NOM DE LA BANQUE/*Bank name* :**  **ADRESSE/*Mailing Address* :**  **VILLE/*City* :**  **PAYS/*Country* :**  **SWIFT :**  **CODE BANCAIRE /*Bank Code /Routing Code* :**  **IBAN :**  **N° DE COMPTE BANCAIRE/*Account Number* :**  **ABA :** |

**\* Eléments obligatoires pour compte bancaire à l’étranger. Sans ces éléments, aucun virement ne sera possible!**

**\* Elements required for Bank account abroad. Without these elements, no transfer is possible!**