

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L.252 A du livre des procédures fiscales, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles L.1617-5, D.1617-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4341-4 du code général des collectivités territoriales par

HOPITAL	CH : SSA HIA LAVERAN	FINESS : 130786742	N° de Titre : 7040507
	ETBLT : HIA LAVERAN	FINESS : 130786742	Emis et rendu exécutoire le : 24/08/22
	SIRET : 15100002300300	N° IDENTIFIANT TVA :	N° Bordereau : 1000497
PATIENT	RENSEIGNEMENTS : RELATIFS A LA FACTURE : SHSE@HIA-LAVERAN.FR 04.91.61.73.57 / 73.58 RELATIFS AU PAIEMENT : 04.91.61.70.34		
	N° ENTREE : 706019344	PFS : SJ	N° Feuille : 1
	Nom : XXXXXXXX	Né(e) : XXXXXXXX	Exercice : 2022
ASSURE	le : XX/XX/XXXX	à : XXXXXXXX	
	Adresse : XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXXXXXX		
	ENTREE : 01/07/22	SORTIE : 01/07/22	
	Nom : XXXXXXXXXXXX	BEN : 01	
	PIECE :		
	ORG : 01131000	N° : XXXXXXXX	

OBS. ACCIDENT DU TRAVAIL DATE : 01/07/22
CONSULTATION DU 01/07/22 AU 01/07/22 Réf. Débiteur : PEC : RISQ41 MT07

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA
010722	FORF. PATIENT URGENCE FPV	1	8 49	0 00	100	8 49	DMT : 402
PARTIE A CONSERVER							
						TOTAL TVA	
						TOTAL HT	

*** Paiement par chèque :**
Découpez et joignez le Talon de paiement à votre règlement.
Chèque à l'ordre du Régisseur de recettes
Envoyez le tout à l'adresse surlignée ci-dessous

*** Paiement par virement :**
Précisez le N° ENTREE dans le libellé
Effectuez le virement sur le compte surligné ci-dessous

Montant à payer

PAIEMENT	Le Regisseur d'Avance et de Recettes BP 60149	TRESOR PUBLIC	
	13384 MARSEILLE CEDEX	RIB : 100711300000001005077 42	
	Heures d'ouverture de la trésorerie: 8H30 - 12H45 ET 13H30 - 15H45 LUNDI AU VENDREDI	IBAN : FR7610071130000000100507742	
		BIC : TRPUFRP1	
	Téléphone : 0491617034		8.49 € A PAYER

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis

IDENTIFICATION
099013

N° entrée : 706019344

N° titre : 7040507

C.H. : 00 ET : 02

Exercice : 2022

Montant : Eur 8.49

TALON DE PAIEMENT

Talon à joindre à votre paiement

SSA HIA LAVERAN

*
€

N° codique : 099013 Etab : 02

Paiement par internet : **Non disponible**

Id. Collectivité :
Référence dette : 2022 - 7040507 - 1

N° entrée : 706019344
Montant : 8.49 euros

LE REGISSEUR D'AVANCE ET DE RECETTES
BP 60149


13384 MARSEILLE CEDEX 13

montant en euros

+000000008492409901300041270601934422054>7040507000008+

Autres modalités de règlement***Espèces et Carte Bancaire**

Présentez-vous à la caisse de la Régie de l'hôpital, muni du présent avis



Expéditeur	Le Régisseur d'Avance et de Recettes BP 60149 13384 MARSEILLE CEDEX
Destinataire	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXXXXXX

MODALITES DE REGLEMENT :

Vous disposez d'un délai de 30 jours (*) à compter de l'émission de cet avis pour effectuer le règlement ():**

- **en numéraire** (montant maximum 300 euros) ou **par carte bancaire**, muni du présent avis, à la caisse de la régie de l'hôpital.
- **par chèque** à l'ordre du régisseur de recettes directement à la caisse de la régie de l'hôpital ou par courrier postal adressé à la régie et accompagné du présent avis (adresse au recto du présent avis).
- **par virement** sur le compte de la régie de l'hôpital. Précisez dans le libellé le n° d'entrée (RIB et n° d'entrée au recto du présent avis).

(*) : Les avis de sommes à payer non recouverts dans les délais réglementaires font l'objet d'une procédure de recouvrement contentieux par l'émission d'un titre de perception.

(**) : Hors établissements publics de santé, qui disposent d'un délai de 50 jours.

RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS :

Pour tous renseignements ou réclamations, veuillez vous adresser au service des hospitalisations ou des soins externes (coordonnées au recto du présent avis).

VOIES DE RECOURS :

Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif compétent.

TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE COMPTABLE DE L'ETABLISSEMENT OU L'HOPITAL DOIT ETRE AFFRANCHIE