

**SIFAC - CREATION D'UN FOURNISSEUR (FRANCE)**

à compléter  
 avant  
 transmission au  
 fournisseur

Service demandeur : *SERVICE FINANCIER UFR MEDECINE BREST*  
 Nom : *COULON NATHALIE* Tél : *02 98 01 64 44*

Informations  
générales

NOM ou RAISON SOCIALE : \_\_\_\_\_  
Adresse siège social : \_\_\_\_\_  
 BP : \_\_\_\_\_  
 CP - VILLE : \_\_\_\_\_  
 PAYS : \_\_\_\_\_  
 TELEPHONE : \_\_\_\_\_  
 TELECOPIE : \_\_\_\_\_  
 PORTABLE : \_\_\_\_\_  
 Personne à contacter : \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_  
Adresse agence : \_\_\_\_\_  
 BP : \_\_\_\_\_  
 CP - VILLE : \_\_\_\_\_  
 PAYS : \_\_\_\_\_  
 TELEPHONE : \_\_\_\_\_  
 TELECOPIE : \_\_\_\_\_  
 PORTABLE : \_\_\_\_\_  
 Personne à contacter : \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_

Informations  
fiscales

N° SIRET : \_\_\_\_\_  
 Autre identifiant (Inscription RC, N° URSSAF, N° INSEE, N° étudiant) : \_\_\_\_\_

**RIB A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**