**Prestataire***

Prénom Nom _____

Adresse _____

_____

CP/Ville _____

Pays _____

Tél _____

Email _____

RCS _____
(si ASBL ou Sté)

Lieu et date : _____

**Destinataire** KIERCHEFONG

CGP ou FE ----------

BP 1908

L-1019 Luxembourg

# Note d'honoraires

| Description* | Qté* | Prix unitaire* | Montant* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | **Total à payer :** | |

**Destinataire** *

N° CGP/FE _____

Nom entité _____

Lieu presta. _____

Adresse _____

CP/Ville L- _____

| Références | |
|---|---|
| N° pièce : | |
| Cpt ana. : | |
| Etiq ana. : | |

Je soussigné(e) déclare que toutes les données sont sincères et conformes dans le cadre de ma mission.
Je prends la responsabilité de la déclaration de ces revenus aux administrations compétentes le cas échéant.

Coordonnées bancaires du prestataire* :

**Titulaire:** _____

**IBAN:** _____

**BIC:** _____

* Obligatoire

Signature du prestataire :

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions d'information sur la protection des données à caractère personnel figurant sur le site :
https://kierchefong.lu/protection-des-donnees