



FORMULAIRE POUR LA CREATION OU LA MODIFICATION D'UN FOURNISSEUR

A retourner au service, à la composante qui vous l'a adressée. Ce dernier devra ensuite l'envoyer à :

Agence Comptable
ac.fournisseurs@univ-lemans.fr

À compléter par le service facturier :

N° _____

Commentaire : _____

**Avenue Olivier Messiaen
72085 Le Mans cedex 9**

FR 66197209166

Composante/Service :Affaire suivie par :

Courrier électronique du Service demandeur :

Demande de : Création Modification N° de fournisseur SIFAC : (si modification)

Date de la demande :

Identification du fournisseur

Nom Prénom ou Raison Sociale :

Numéro de SIRET : *toutes les cases doivent être remplies (14 chiffres)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(France public société et personne morale)

Numéro de TVA intracommunautaire :
(Union Européenne France public et société)

Numéro ADELI (médecins, profession médicale si pas de SIRET) :

Numéro Agrément (N° de réception Préfecture pour les associations) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse de règlement (* obligatoire)	Adresse de commande (si différente)
N° et Rue :	N° et Rue :
Boite postale :	Boite postale :
Code Postal :	Code Postal :
Ville :	Ville :
Pays :	Pays :
Numéro Téléphone :	Numéro Téléphone :
Contact entreprise :	Contact entreprise :
Courriel :	Courriel :

Votre entreprise (Cocher la case si la condition est vraie) :
occupe moins de 250 personnes
a un chiffre d'affaires annuel n'excédant pas 50 millions d'euros ou un total bilan n'excédant pas 43 millions d'euros
dispose d'un capital qui n'est pas détenu à plus de 50 % par un ETI ou une GE

DOMICILIATION BANCAIRE OBLIGATOIRE :
Joindre impérativement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB / RIP)