Zone de secours Hainaut-Est
Rue de la Tombe, 112
6001 MARCINELLE
N° INAMI: 7-96520-44

MARCINELLE, le 12/06/2026

Facture n° 2026/AM/010666

Pour toute demande relative aux modalités de paiement :
Tél : 071/75.13.04 ou 071/75.13.78

Heures d'ouverture de nos services : voir verso

NAHAS HALA
Rue du Pays Noir 28
6030 Charleroi (Marchienne-au-Pont)

Intervention d'aide médicale urgente du service d'ambulances

Matricule : 85040648284

Données du patient :	Intervention :
Nom et Prénom du patient : Nahas hala Adresse du patient : Rue du Pays Noir 28 , 6030 Charleroi (Marchienne-au-Pont) Date de naissance : 06/04/1985	Lieu d'intervention : Rue du Pays Noir 28 6030 Charleroi (Marchienne-au-Pont) Date et heure d'arrivée de l'ambulance :22/05/2026 à 13:38 Numéro de course attribué par le centre d'appel unifié : 50261420242 Hôpital de destination : Grand Hôpital de Charleroi - Campus des Viviers Numéro de fiche Ambureg : 26052213323780552001

Le patient ou son titulaire peut demander au représentant légal du service ambulancier l'accès aux données à caractère personnel et aux autres données de l'intervention ambulancière au cours de laquelle il y a eu contact avec le patient.

Description	Montant
Forfait intervention service d'ambulance	75,36 €

Montant forfaitaire à charge du patient	Montant à charge de l'organisme assureur
75,36 €	00,00 €

Exempté de T.V.A. conformément à l'art. 44, §1, 1° et 2°, et §2, 2° du Code de la T.V.A.

La somme de **75,36** euros est à verser au compte bancaire IBAN BE25 0971 5165 8082 BIC GKCCBEBB de la Zone de Secours Hainaut-Est **au plus tard le 12/07/2026** avec la communication structurée +++101/6010/66674+++.

A défaut de paiement dans le délai imparti, une mise en demeure avec des frais supplémentaires vous sera adressée.
En cas d'accident ou de succession, voir les informations supplémentaires au verso.

Toute réclamation doit être introduite par écrit à l'adresse Rue de la Tombe, 112 à 6001 MARCINELLE ou par mail à l'adresse ***facturation@zohe.be*** dans les trois (3) mois de la présente avec la référence : **facture n° 2026/AM/010666.**

La présente facture est établie conformément à l'A.R. du 28/11/2018.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

SDOP 4413-1 2310S1

805-1

Signature(s)

Pour le paiement, utilisez EXCLUSIVEMENT la formule spéciale ci-dessous.

Belfius

ORDRE DE VIREMENT

Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur

Montant EUR CENT : 7 5 , 3 6

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre
NAHAS HALA
Rue du Pays Noir 28
6030 Charleroi (Marchienne-au-Pont)

Compte bénéficiaire (IBAN)
B E 2 5 0 9 7 1 5 1 6 5 8 0 8 2

BIC bénéficiaire
G K C C B E B B

Nom et adresse bénéficiaire
ZONE de SECOURS
Rue de la Tombe, 112
6001 MARCINELLE

Communication
+++101/6010/66674+++