

NOTE DE FRAIS – TEST(S) COVID

Données personnelles

Filière d'étude:

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA :

Lieu:

E-Mail :

Tests effectués

Date	Libellé	Montant CHF
TOTAL		

Informations bancaires

Titulaire du compte

Nom, prénom, adresse complète :

Banque

Nom, adresse complète:

N° IBAN :

Compte bancaire ou BIC/SWIFT (si étranger) :

Date :

Signature étudiant-e :

Merci de nous retourner ce document signé ainsi que toutes les pièces justificatives par la poste ou directement à la réception HES-SO Master.

INTERNE

Date :

Signature RF :

Date :

Signature SFin :