

**DEMANDE DE PAIEMENT PAR MENSUALITES EN 12 MOIS  
MAXIMUM ET DANS L'ANNEE DE LA DATE DES SOINS**

Je soussigné(e), (*Nom, Prénom*) .....

Domicilié(e) (*Adresse*) .....

.....

Numéro de téléphone : .....

reconnais par le présent document que *l'Hôpital BRUGMANN, Association de droit public, régie par la loi du 8 juillet 1976, dont le siège est sis à 1020 BRUXELLES, place Arthur Van Gehuchten, 4* est titulaire d'une créance à ma charge d'un montant de ...  
.....€ , et ce à titre de frais médicaux relatifs à des soins prodigués à :

Nom du patient : .....

Numéro de dossier du patient .....

N° de facture(s) .....

**Je m'engage à rembourser à l'Hôpital Brugmann ce montant**

**de..... € par des versements mensuels de..... €**

**à partir du ...../...../20.....**

**Ce plan de paiement est convenu en maximum 12 mois.**

En cas de non respect de ce plan de paiement, le recouvrement de cette créance sera directement transmis à l'huissier de justice chargé de la récupération des sommes dues comme prévu aux conditions générales dont j'ai pris connaissance et que j'accepte.

Je déclare par la présente renoncer à la prescription telle que prévue à l'article 2277 bis du Code Civil.

« Bon pour la somme de .....

.....€ »

(Cette dernière formule, complétée par le montant total à rembourser en toutes lettres, doit être reprise par le débiteur, en sa propre écriture, ci-dessus)

Fait à Bruxelles, le

Signature