###### **DECLARATION OPERATEUR**

###### **AU TITRE DE LA CONVENTION DE TRAITEMENT**

###### **DES BILLETS EN FRANCS CFP PAR LES ETABLISSEMENTS DE CREDIT**

Semestre : Année :

|  |  |
| --- | --- |
| **Opérateur** | |
| Raison sociale : | |
| N° CIB : | |
| Adresse : | |
| Code postal : | Ville : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Point de contact local** | |
| Nom : M/Mme | Prénom : |
| Fonction : | E-mail : |
| Téléphone : | Télécopie : |

**Nom, date et signature**