###### **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**