**DECLARATION IMPLANTATION**

**AU TITRE DE LA CONVENTION DE TRAITEMENT**

**DES BILLETS EN FRANCS CFP PAR DES PRESTATAIRES D’ETABLISSEMENTS DE CREDIT, D’ÉTABLISSEMENTS DE PAIEMENT OU D’ETABLISSEMENTS DE MONNAIE ELECTRONIQUE**

Semestre : Année :

|  |
| --- |
| **Opérateur :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées de l’implantation** | |
| Adresse : | |
| Code postal : | Ville : |

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

|  |
| --- |
| **Liste des équipements de l’implantation** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du fabricant** | **Nom du modèle** | **Numéro de version** | **Nombre** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Nom, date et signature**