

# FACTURATION DES CINECHEQUES

Réservé SDV

*Votre cachet ou votre nom et adresse complète*

**S.D.V.**

**Service Comptabilité Cinémas  
30 Bis rue du Vieil Abreuvoir  
78100 SAINT GERMAIN EN LAYE**

| DATE | N° Fournisseur | Vos références | Règlement à l'ordre de | Concerne le cinéma |
|------|----------------|----------------|------------------------|--------------------|
|      |                |                |                        |                    |

**Si vous ne l'avez pas encore fait, veuillez nous communiquer un RIB**

|  |  |  |  | NB de places | Prix<br>remboursement<br>conventionnel | MONTANT TTC |
|--|--|--|--|--------------|--|-------------|
|  |  |  |  | TOTAL        |  |             |

|                         |  |      |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|
| Semaine ou période du : |  | au : |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|

|                         |  |      |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|
| Semaine ou période du : |  | au : |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|

|                         |  |      |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|
| Semaine ou période du : |  | au : |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|

|                         |  |      |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|
| Semaine ou période du : |  | au : |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|

|                         |  |      |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|
| Semaine ou période du : |  | au : |  |  |  |  |
|-------------------------|--|------|--|--|--|--|

|  |       |  |  |  |  |
|--|-------|--|--|--|--|
| Pour les chèques scannés, les dates doivent correspondre aux dates réelles de lecture avec votre lecteur de code-barres ou votre saisie manuelle | TOTAL |  |  |  |  |
|--|-------|--|--|--|--|

**Veuillez garder les justificatifs de cette facture jusqu'au règlement de celle-ci**

|   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| <p><b>MESSAGE :</b><br/>Joindre uniquement les Cinéchèques <b>non scannés</b> à cet envoi avec un <b>délaï maximum de 60 jours de leur fin de date de validité.</b></p> | <b>TOTAL TTC</b>       |  |
|   | <b>Dont TVA à 5,5%</b> |  |

Votre Adresse Mail: .....  
 Personne à contacter: ..... Tél: .....

Pour nous joindre: 01 30 87 14 72  
[remboursements@cincheque.fr](mailto:remboursements@cincheque.fr)

Formulaire disponible sur simple demande en format Excel  
 Formulaire disponible en format PDF sur notre site internet [www.cincheque.fr](http://www.cincheque.fr) Espace **Exploitants**