

DÉCLARATION DE CRÉANCE à adresser au Mandataire Judiciaire

Mandataire Judiciaire (Nom, adresse)

ETUDE DESLORIEUX
Maître Paul DESLORIEUX
7-9 Place de la Gare
94210 LA VARENNE SAINT HILAIRE

Créancier (Nom, Adresse et Référence)

Mandataire du créancier (Nom, Adresse et Référence)

Débiteur (N°Mandat, Nom/Dénomination, Adresse)

4990892
CLINIQUE MEDICO CHIRUR GASTON METIVET SA à
conseil d'administration (s.a.i.)
48 rue D'alsace Lorraine
94100 SAINT-MAUR-DES-FOSSES

Procédure

Date du Jugement

27 mai 2026

Nature du Jugement

Redressement Judiciaire

CRÉANCE DÉCLARÉE

(N.B. : Le décompte et la liste des pièces sont à joindre en annexe)

Montant déclaré

Fait à _____, le _____

Nom et qualité du signataire

requiert l'admission de sa créance pour un montant total de :

Signature (Certifiée sincère)