

Liste des appareils pour l'assurance d'équipement



Client:	Lieu / date:
---------	--------------

Si droit à déduction de l'impôt préalable: saisir la somme d'assurance nette

N° pos.	Objet	Fabricant	Type/modèle	Distance focale / intensité lumineuse	N° d'appareil ou de série	Somme d'assurance
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

Somme d'assurance totale (hors taxe sur la valeur ajoutée si droit à déduction de l'impôt préalable):

Répartition:

mobile:

stationnaire:

Etes-vous autorisé à déduire l'impôt préalable?

Oui

Non

Début de l'assurance:

Veuillez nous communiquer en temps voulu toute modification de la somme d'assurance (nouvelles entrées ou sorties).

Lieu, date

Signature