

DÉCLARATION DE CRÉANCE à adresser au mandataire liquidateur

mandataire liquidateur (Nom, adresse)

SELARL DE KEATING
Maître Christian HART de KEATING
1/3, boulevard Jean Jaurès
95300 PONTOISE

Créancier (Nom, Adresse et Référence)

Mandataire du créancier (Nom, Adresse et Référence)

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

22249
DENTAL CARE CENTRE DE SANTE DENTAIRE DE
GOUSSAINVILLE Association
2 rue Gustave Eiffel
95190 GOUSSAINVILLE

Procédure

Date du Jugement

17 février 2026

Nature du Jugement

liquidation 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)