

Je, soussigné(e)

M. Mme

Nom _____ Prénom _____

atteste par la présente avoir pleine conscience que les dividendes de ma souscription commune avec

M. Mme

Nom _____ Prénom _____

à la SCPI Pierval Santé seront versés sur le compte bancaire n° _____

ouvert à la banque _____

détenu par

M. Mme

Nom _____ Prénom _____

seul.

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à _____

Le _____

Signature :