

Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A.

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES

Date de la fourniture:/...../.....

Prescrit par

- ☐ La prescription est annexée
- ☐ L'autorisation par le médecin-conseil en date du/...../.....est annexée

en date du/...../.....

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur:

Si le patient est hospitalisé

N° de l'établissement :

Service:

A remplir par le patient (cocher ce qui convient)

- Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) ☐ OUI ☐ NON
- Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (intervention personnelle + supplément) deEUR qui est entièrement à ma charge. ☐ OUI ☐ NON

Date :/...../.....

Signature :

Nom et prénom du dispensateur de soins:

N° d'identification I.N.A.M.I.:

Nom de l'entreprise:

Rue et n° :

Commune et code postal:.....

Nº BCE:

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN:

BIC :

Date de signature du dispensateur de soins]

Perçu pour le compte du N° BCE :

Reçu la somme de:EUR

Date: _____
Signature _____