

DEMANDE DE REGLEMENT D'HONORAIRES

VISITE MÉDICALE D'EMBAUCHE

Affaire suivie par : Service gestionnaire : Service mutualisateur

OBJET DE L'EXAMEN	
<input type="checkbox"/>	Aptitude à l'emploi
CONSULTANT	
Nom d'usage:	Prénom :
Nom de famille :	Date de naissance :
Adresse :	N° de sécurité sociale :
Grade : AED	Discipline : /
Etablissement d'affectation :	
MÉDECIN AGRÉÉ	
GÉNÉRALISTE <input type="checkbox"/>	SPÉCIALISTE <input type="checkbox"/> (préciser la spécialité) :
NOM – Prénom :	
N° Siret / Siren :	/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/
ADRESSE :	<p>NB : joindre RIB original Références bancaires ou postales. <small>(joindre un RIB)</small></p> <p>Code banque : Code guichet : N° de compte (complet) :</p> <p>IBAN + Identifiant international de l'établissement :</p> <p>/F/R/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/</p>
Examen médical date :	Cotation de l'acte : HONORAIRES * :
Certifie sincère et véritable le présent état de frais pour la somme de (en toutes lettres ci-dessous)	
cachet du médecin	date et signature du médecin
* base de prise en charge financière : tarifs conventionnels parus au Journal Officiel « sans dépassement d'honoraires »	
RÉSERVÉ A L'ETABLISSEMENT	
Service gestionnaire	Service financier
	« certification du service fait »
	A , le
	L'employeur,