

Participation aux frais de déplacement pour consultations médicales pour les « + de 20 ans »

Patient(e) muco :

Prénom, nom :

Date de naissance :

Adresse (rue, NPA, localité) :

Le paiement des frais se fait sur une base de 70cts/km. Le formulaire est à retourner au plus tard le 15 décembre de chaque année, ou en cours d'année dès que ce dernier est rempli.

Nom du médecin	Date de la consultation	Lieu de la consultation	Nombre de km depuis le domicile (aller-retour)	Signature et sceau du médecin

Coordonnées pour le versement de la participation aux frais de déplacement :

Etablissement bancaire :

Titulaire du compte :

Adresse (rue, NPA, localité) :

Numéro de compte (format IBAN) :

Le patient ou l'assistant(e) social(e) :

Lieu et date : Signature :