

Nº :

Rue : Code Postal : Boîte Postale : Commune :

☐ Autre cas, lequel :

TOUTE FRAUDE OU TENTATIVE DE FRAUDE EST PASSIBLE DE POURSUITES PÉNALES

À remplir par l'auxiliaire médical(e) selon les indications de l'intéressé(e). N° ACP

Signature de l'Auxiliaire
attestant le paiement des actes :