

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du patient : ... RANGEL ...

Organisme assureur : ...

NISS : ...

Adresse du patient : ... R-3650 ...

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : ...

Table with 2 columns and 1 row, currently empty.

Table with 6 columns: Date de la prestation, N° de nomenclature, (1), Date de la prestation, N° de nomenclature, (1). Multiple rows.

Prescrit par : ...

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

Numéro d'identification I.N.A.M.I. : ...

du/des prescripteur(s) : ...

Prescription(s) annexée(s) :

- à la présente (2) :
- a l'attestation du ... / ... / ... (2)

Le patient est hospitalisé / ambulant (2) :

N° de l'établissement :
Service :

(1) Barrer les cases non utilisées.
(2) Biffer les mentions inutiles.

A.R. 15.07.2002

Identification du dispensateur :

EUR

28749639

Date : ... / ... / ...
Signature du dispensateur.

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE : ...

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

Reçu la somme de : ... EUR

MOD. G11 FR *18*

1G11LRZV001 • 3094333

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du patient : FRANKOISE

Organisme assureur : 05 20 030 55

NISS :

Adresse du patient: RUE DES QUATRELLIS 11-5430 WAIL COURT

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : FRANKOISE

Empty box for dispensing details.

Table with 6 columns: Date de la prestation, N° de nomenclature, (1), Date de la prestation, N° de nomenclature, (1). Contains multiple rows of data.

Prescrit par : 02/02/2023

en date du : / / Nom et prénom

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

du/des prescripteur(s) :

Prescription(s) annexée(s) :

- à la présente (2) : 01/01/2023

- a l'attestation du / / (2)

Le patient est hospitalisé / ambulant (2) :

N° de l'établissement :

Service :

(1) Barrer les cases non utilisées. (2) Biffer les mentions inutiles. A.R. 15.07.2002 EUR

Identification du dispensateur: 343040123

28749641

Date : 25/05/2023 G Signature du dispensateur.

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE : 0473334003

Date : 25/05/2023 Signature

Reçu la somme de : EUR

MOD. G11 FR *18*

1G11LRZV001 - 3094333

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.

Nom et prénom du patient : BRANCOISE

Organisme assureur : O.S. 10-050-05

NISS :

Adresse du patient:

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient :

Empty box for dispensing details.

Table with 6 columns: Date de la prestation, N° de nomenclature, (1), Date de la prestation, N° de nomenclature, (1). Rows are empty.

Prescrit par :

en date du :

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

du/des prescripteur(s) :

Prescription(s) annexée(s) :

- à la présente (2) :

- a l'attestation du (2)

Le patient est hospitalisé / ambulant (2) :

N° de l'établissement :

Service :

(1) Barrer les cases non utilisées.
(2) Biffer les mentions inutiles.

A.R. 15.07.2002

Identification du dispensateur :

BOYIN FRANCIS-XAVIER

EUR

28749642

Date : 25/07/2023 G
Signature du dispensateur.

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE :

Date : 25/08/2023
Signature.

Reçu la somme de :

EUR

MOD. G11 FR *18*

1G11LRZY001 • 3094333