



Participation aux frais de cures des patients muco

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Cure effectuée du _____ au _____ à (lieu de cure) _____

La participation aux frais peut être versée sur le compte suivant :

Références de paiement

Numéro de compte /Banque/CCP/IBAN : _____

Titulaire du compte - adresse : _____

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

lieu / date / signature

Attestation / confirmation du médecin traitant

lieu / date / signature / timbre
