

CONFIRMATION DE TRANSFERT

Nom: _____	Date de naissance: _____
NPA / Lieu : _____	Rue: _____
N° d'assuré/e: _____	_____

(Prière de marquer d'une croix ce qui convient)

a été adressé/e à un confrère par mes soins

Date de l'assignation à un confrère:	_____
Assignation à:	_____
Durée de l'assignation:	_____

n'a **pas** été adressé/e à un confrère par mes soins

j'ai connaissance du traitement et approuve la prise en charge des coûts

n'est pas mon/ma patient/e

Remarques:

Lieu:

Date:

Timbre / Signature du médecin: