

Avis de délégation

Personne assurée

Prénom	Nom
Rue / n°	NPA / lieu
N° d'assuré/e	Date de naissance

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

a été adressé/e à un confrère ou à une consoeur sur ma prescription

Date de la délégation
à un confrère ou à une
consoeur

Délégation à

Durée de la délégation

la délégation à un confrère ou à une consoeur ne s'est **pas** faite sur ma prescription

j'ai connaissance du traitement et suis d'accord avec la prise en charge des coûts

n'est pas mon/ma patient/e

Remarques

Lieu / Date

Timbre / Signature
du médecin/
de la médecin