


<b>F-097</b>	<b>Notes de frais mensuelle</b> Honoraires des médecins, vétérinaires et dentistes du service médical	<b>MOIS</b>		<b>ANNEE</b>			

**Cadre réservé à DGS/DSDM**

Bu..... -OA44 - PA14 Art 12.01 Nr Cat 142.00 HONORAIRES	N° O*F →	904
--	----------	-----

<i>Remplissez vos données d'identité (EN MAJUSCULES).</i>    <i>Où pouvons-nous vous joindre?</i>  <i>Mentionnez votre numéro de compte.</i>	<b>NOM et Prénom</b>																		
	<b>Rue et numéro</b>																		
	<b>Code postal et commune</b>																		
	<b>Unité</b>																		
	<b>Code unité</b>																		
	<b>Téléphone de service</b>																		
		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	

**RELEVÉ DES PRESTATIONS**

Date	Heures de visites quotidiennes		Nbre de demi-heures prestées	Nombre de consultations			Montants des honoraires
	début	fin		jour	nuit	weekend	
<b>A reporter:</b>							

Date	Heures de visites quotidiennes		Nbre de demi-heures prestées	Nombre de consultations			Montants des honoraires
	début	fin		jour	nuit	weekend	
<b>Reporté:</b>							
<b>Montant total:</b>							

<p>Déclaré sincère et authentique pour la somme de (1) .....</p> <p>A.....Le <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value="2"/><input type="text" value="0"/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>Signature du médecin</p> <p><small>(1) (écrit en toutes lettres)</small></p> <p>Date: <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>Vu et approuvé</p> <p style="text-align: center;">(Signature verificateur)</p>	<p>Vu pour exécution de la prestation</p> <p>A.....Le <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value="2"/><input type="text" value="0"/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>Signature du médecin en chef</p> <p>Date: <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p><b>904/ BON A PAYER</b> pour la somme de .....</p> <p style="text-align: center;">(Signature du Directeur de DSDM)</p>
---	--

Le formulaire **F-097...**

↪ vous le complétez en: **2** exemplaires (1 original et 1 copie)

↪ vous le transmettez à: **DGS/DSDM**

(complètement rempli et signé par vous même et votre medecin en chef)