

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

<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=""/></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=""/></p> <p>904/ BON A PAYER 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)