ACADÉMIE
DE GRENOBLE
Liberté
Égalité
Fraternité

DPE-DPA

ANNEXE 6

Fiche de remboursement d'honoraires
à retourner dûment renseignée par le médecin

Je soussigné(e), (nom-prénom) : …….

Médecin généraliste agréé par les services préfectoraux, exerçant (adresse) :

……

Numéro de SIRET (à 14 chiffres) : ……

Demande le règlement de la somme de 25,00€ (vingt-cinq euros) à verser sur mon compte bancaire, représentant le montant de mes honoraires pour examen de la personne désignée ci-dessous.

Numéro du compte bancaire : …….

Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal.

Nom et prénom de la personne examinée : ……..

Fonction de la personne examinée : ……..

Signature et cachet du praticien

Fait à ……, le ……

Document original à retourner : Rectorat de l'académie de Grenoble
Division budgétaire et financière
7, place Bir Hakeim
CS 81065 – 38021 Grenoble Cedex 1