ACADÉMIE DE LYON
Liberté Égalité Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale de l'Ain

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
TIERS CHORUS	
Exercice	
RECCHOR 069	
BOP	

ANNEXE 3 : Fiche de remboursement d'honoraires

IMPORTANT : La fiche de remboursement originale doit être renvoyée à la division des personnels.
Merci de dater, signer et apposer votre tampon.
Toute fiche d'honoraires incomplète ne sera pas traitée

☛ **La fiche d'honoraire originale est à retourner par le médecin agréé à la :**

DSDEN de l'Ain
Division des personnels 1er degré - 10 rue de la Paix – BP 404 - PES
01012 BOURG EN BRESSE Cedex

MERCI DE JOINDRE : - le certificat médical dûment rempli
- un RIB au nom du médecin agréé

FICHE HONORAIRE MÉDICALE : à remplir par le Médecin Agréé

Je soussigné(e), Docteur _____
N° Identification : _____

Médecin généraliste agréé demande le règlement de la somme de _____Euros représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous, à verser sur mon compte :

Code Banque : _____ Code guichet : _____
N° Compte : _____ Clé : _____
Domiciliation : _____
Agence : _____

Fait à : _____ **Cachet et signature du médecin :**

Le : / /

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRE SUR LA PERSONNE EXAMINÉE

NOM d'usage : _____ **Nom de famille :** _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____/_____/_____

Fonction : _____

Établissement d'affectation : _____

Code postal de l'établissement : _____ **Commune de l'établissement :** _____

LES PHOTOCOPIES DE CE DOCUMENT NE SONT PAS ACCEPTÉES