**Annexe 39**

# BORDEREAU D'ENVOI SUPPORTS PAPIER

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTIFICATION |  |
| ETABLISSEMENT: | CONSEIL MEDICAL**:** |
| - Nom:................................................................................................... | - Nom:................................................................................................... |
| - Adresse:.............................................................................................. | - Adresse:.............................................................................................. |
| - Code postal - Commune: .................................................................... | - Code postal - Commune: .................................................................... |
| - N° d'agréation:.................................................................................... | - N° I.N.A.M.I.: .................................................................................... |
| - N° du compte: IBAN :                   BIC :         | - N° du compte:IBAN :                   BIC :         |

IDENTIFICATION FEDERATION OU OFFICE REGIONAL

- Nom:..........................................................................................................................................................................................................................

- N° de la fédération: ....................................................................................................................................................................................................

- Adresse: .....................................................................................................................................................................................................................

- Code postal - Commune: ...........................................................................................................................................................................................

N° DE L'ENVOI: ..............................................................................................................................................................................................................

PERIODE DE FACTURATION: du .......................................................................... au..............................................................................................

IDENTIFICATION DES SUPPORTS MAGNETIQUES: Nos:.........................................................................................................................................

MOIS DE FACTURATION: ….. / …..

IDENTIFICATION SUPPORTS PAPIER

|  |  |
| --- | --- |
|  | Montant à charge de l'O.A. |
| Pour le compte del'établissement | Pour le compte du Cons.Médical |
| N° de la facture récapitulative:............................................................................ |  |  |
| N° du relevé des attestations:............................................................................ |  |  |
| TOTAL: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| VISA DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER | VISA DU CONSEIL MEDICAL |
| DATE:....................................................................................................... | DATE:....................................................................................................... |
| NOM: ........................................................................................................ | NOM:........................................................................................................ |
| Qualité:...................................................................................................... | Qualité: ..................................................................................................... |
| Signature | Signature |

# Réservé à l'organisme assureur:

- Date de réception: .................................................................................

- NOM: ...................................................................................................

- Signature: