

**FEUILLE D'HONORAIRES
 PHARMACIEN D'OFFICINE**

Le pharmacien d'officine :

Madame, Monsieur,

NOM : Prénom :

Tel : N° : 44 2 / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

IDENTIFIANT SIRET N°

Cocher la case correspondante :

VISITE DE MISE EN PLACE AU DOMICILE (*)

LE : **(date)**

(*) ce forfait n'est applicable qu'une seule fois par traitement pour un patient donné

Type de prise en charge pour ce patient :

- COORDINATION SEULE DE L'ACHEMINEMENT DU PRODUIT**
- COORDINATION AVEC FOURNITURE DU MATERIEL DE PERFUSION**

NOMBRE DE LIVRAISONS

cure n°	les :	(dates des séances)
cure n°	les :	
cure n°	les :	
cure n°	les :	
cure n°	les :	
cure n°	les :	

Pour (le patient) :

NOM : Prénom :

Adresse :

A le :
 Signature et cachet de la pharmacie d'officine

A RETOURNER PAR FAX AU 02.40.67.99.20 OU PAR COURRIER A L'ADRESSE CI-DESSOUS