

	<b>bio ard'aisne</b>	<b>TDADMSUP03 - 0.0</b>
	<b>ENREGISTREMENT DES DEMANDES FORMULEES ORALEMENT &amp; HN</b>	Formulaire d'enregistrement

NUMERO D'ENREGISTREMENT/ ETIQUETTE

Mme, Melle, Mr (barrer les mentions inutiles)

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ANALYSES DEMANDEES

MONTANT A PAYER :

MEDECIN A CONTACTER EN CAS DE BESOIN :

ACCEPTATION DE PAIEMENT :

Je reconnais avoir été informé :

- Des conditions de prélèvement pour les analyses demandées ci-dessus
- Du lieu de réalisation de ces analyses
- Du délai et des modalités de rendu de ces analyses
- Du fait que ce montant ne sera pas pris en charge par la sécurité sociale ni par ma mutuelle
- J'accepte de régler le montant ci-dessus

REFUS DE PAIEMENT :

- Je ne souhaite pas payer et je renonce à cette(ces) analyse(s)
- Mon refus de réaliser cette(ces) analyse(s) sera communiqué à mon médecin traitant.

Fait à :

le :

Signature :