Nom de la pharmacie

Adresse

N° assurance maladie

MISE EN PLACE DU TIERS PAYANT

Madame, Monsieur,

Merci de bien vouloir enregistrer notre officine : PHARMACIE …………. dans votre base afin de nous permettre de réaliser le tiers payant avec votre organisme

* CONCENTRATEUR : …….
* N° ASSURANCE MALADIE : …..

Cordialement,

PJ : RIB de l’officine