

DEMANDE DE DUPLICATA DE LISTING

Je soussigné(e), docteur/dentiste

.....

N° INAMI

N° de client

demande par la présente l'envoi d'un duplicata du listing du :

Date

Ce listing peut m'être transmis à l'adresse e-mail suivante :

.....

Au préalable, j'acquiesce les droits correspondants.

Fait à le

.....

Signature du dispensateur