

N°.....

DECLARATION SFIOD SOINS DENTAIRE

Le patient recopiera ci-dessous de sa main le texte suivant, puis datera et signera :

«Je déclare sur l'honneur me trouver dans une situation où la réglementation permet l'application du régime du tiers-payant.»

.....

.....

.....

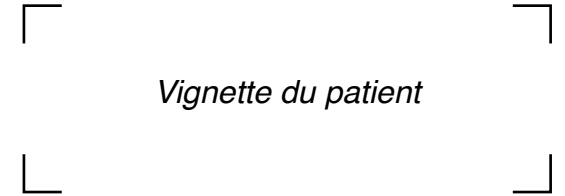
.....

Date :

Signature _____

N°.....

**VOLET A DETACHER ET A CONSERVER
PAR L'OFFICE DE TARIFICATION**



Données d'anamnèse :

.....

.....

.....

.....

Date :



Cachet du dispensateur