

DÉCLARATION SFIOD SOINS DENTAIRES

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 : _____

DÉCLARATION SFIOD SOINS DENTAIRES

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 : _____

DÉCLARATION SFIOD SOINS DENTAIRES

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 : _____