

Je soussigné (e) :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Numéro national : * _____ - _____ - _____ *

Rue et n° : _____

Code postal et commune : _____

N° de téléphone : _____ / _____

Adresse e-mail : _____ @ _____

OU
APPOSEZ UNE VIGNETTE

Certifie par la présente qu'à partir de ce jour les **remboursements de soins de santé** qui me sont dus sont à effectuer sur mon numéro de compte bancaire suivant :

IBAN : _____ - _____ - _____ - _____

BIC : _____

Signature : _____

Date : ____ / ____ / _____

Veuillez compléter votre signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet « **envoyer un formulaire** » de votre guichet en ligne « **MySymbio** ». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.