

**CONDITIONS**

- ✓ intervention de maximum €5,00 par mois avec un maximum de €25,00 par année civile ;
- ✓ remettre un reçu délivré par un(e) pédicure médicale reconnu(e).

*Ⓞ Intervention octroyée uniquement sur base des statuts en vigueur au moment de la prestation.*

**A COMPLETER PAR L’AFFILIE(E) OU APPOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION**

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro national : * _____ - _____ - _____ * Rue et n° : _____ Code postal et commune : _____ N° de téléphone : _____ / _____ Adresse e-mail : _____ @ _____	<p>OU</p> <p>APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI</p>
--	---

**A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, pédicure, déclare avoir donné des soins au/à la patient(e) susnommé(e) aux dates suivantes :

<u>Date</u>	<u>Montant</u>	<u>Cachet et signature du prestataire</u>
___/___/___	_____,__ €	_____
___/___/___	_____,__ €	_____
___/___/___	_____,__ €	_____
___/___/___	_____,__ €	_____
___/___/___	_____,__ €	_____

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.

