

Annexe 31

FORMULAIRE DE DISPENSATION ET DE FACTURATION DIFFEREE

XXXXXX (numéro de suite de la prescription)		XX XX XXXX (date de rédaction du formulaire)
		XXXXXX XXXXXX (NISS ou n° d'affiliation I.O.A.)
XXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom du bénéficiaire)	XXXXX (prénom du bénéficiaire)	XXXXXX (numéro d'identification de la pharmacie, voir aussi cachet)
R/		
VALABLE CHEZ:		
<u>PRESCRIPTEUR</u> Nom Numéro INAMI - - - - -	<u>CACHET DE LA PHARMACIE</u> Nom Adresse Téléphone Numéro INAMI - - - - -	
DELIVRANCE DIFFEREE VALABLE JUSQU'AU (Date)		