**ÉTAT RÉCAPITULATIF TIERS PAYANT COVID 19**

Je joins ……*(1)* attestations de soins donnés.

Numéro INAMI (*1)* : ……………………………………………………..

Nom dispensateur de soins/pratique de groupe (*1)*: ……………………………………………………………………………

Numéro BCE *(2)* : ………………………………………….…………..

Nom entreprise *(2)* : ……………………………………………………………………………

Votre adresse (*1)*: ………………………………………………………………

Référence/numéro de suivi *(3)* : ……………………………………………………………………………

Le paiement doit être effectué sur le compte suivant *(1)* :

BE … …. …. ….

Date *(1)* : … /… / 2020

Signature *(1)*

1 Mention obligatoire

2 Mention obligatoire si d’application

3 Donnez de préférence une référence/un numéro de suivi au paquet de factures que vous introduisez. Ceci facilite le suivi pour vous et pour nous.