

Kinésithérapeute**Nom :****Prénom :****INAMI :****Téléphone :****A l'attention du service Tiers Payant de :**

--

Facture n° _____

Patient	NISS	Numéro ASD	Date de l'ASD	Part mutuelle (EUR)
TOTAL				

Merci de régler le montant dû sur le numéro de compte ci-dessous :

Avec pour communication le numéro de facture.

En cas d'erreur, merci de corriger la copie fournie et de me remettre celle-ci avec les corrections réalisées.

En vous remerciant,

Signature du kinésithérapeute



Document rédigé par l'association de soutien aux kinésithérapeutes dénommée « ASK »
www.ask-kine.be – BCE1009.400.707

Toute reproduction de ce document doit être autorisée par le Conseil d'Administration de ASK