FORMULAIRE DE FACTURATION DES SOINS ORTHODONTIQUES OU CONSERVATEURS

Association valaisanne pour la **prophylaxie** et les **soins dentaires** à la jeunesse

Walliser Vereinigung für **Prophylaxe** und **Jugendzahnpflege**

N° de la demande de subvention : ____________________ pour les soins orthodontiques uniquement

N° de médecin : ____________

N° de la commune de domicile du patient : ____________ attention à l'indication exacte

Facture adressée en ■ Français ☐ Allemand

Traitement du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___

à remplir en caractère d'imprimerie :

Nom et prénom du patient : ____________________

Nom et prénom du représentant légal : ____________________

Adresse : rue no / case postale : ____________________

NPA Localité : ____________________

Date de naissance : ___ / ___ / ___

Nombre	No de prestation	Désignation
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	