

Dossier suivi par

MEMOIRE

des sommes dues au Docteur, médecin agréé, domicilié pour l'examen, effectué en application du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, de Madame/Mademoiselle/Monsieur Nom : Prénom :, le, en vue de son admission à un emploi public au sein de la commune de ou de l'établissement public

Somme à régler €

Arrête le présent état à la somme de(en toutes lettres), correspondant au tarif conventionnel de remboursement du Régime Général de la Sécurité Sociale,

payable à mon compte courant : postal n°.....
bancaire n°.....

(Joindre un R.I.B. pour la 1^{ère} demande de paiement)

code banque n°.....
code guichet n°.....

à

A, Le

(signature)

Cadre réservé à l'administration

Pièce justificative

Article chapitre
mandat n° bordereau
du