

DPE
Bureau DPE
Affaire suivie par :

DPE1
Mèl :
ce.dpe1@ac-besancon.fr

DPE3
Mèl :
ce.dpe3@ac-besancon.fr

10 rue de la Convention
25030 Besançon cedex

Besançon, le

NOM, prénom :

Grade :

Etab.-adresse :

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES

CONTROLE DE L'APTITUDE PHYSIQUE DES PERSONNELS DE L'EDUCATION NATIONALE

Arrêté du 24 septembre 1999

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MEDICAUX

Je soussigné, Docteurmédecin
généraliste agréé, demande le règlement de la somme de
..... euros.

A verser :

- à mon CCP N° Centre.....

- à mon compte bancaire N°Agence

Représentant le montant de mes honoraires pour le contrôle médical de l'aptitude effectué à la demande de l'administration, pour la personne désignée ci-dessus.

Fait à, le

.....

(Signature)

IMPORTANT : Cette fiche est à retourner par le médecin au :

RECTORAT – DAFIL 3
10 rue de la Convention
25030 BESANCON CEDEX