

FICHE - RÉCLAMATION DE CRÉDITS

ÉTABLISSEMENT: _____

DATE: _____

MONTANT RÉCLAMÉ: _____

REMBOURSEMENT D'HONORAIRES PROFESSIONNELS AU MÉDECIN	
COMPENSATION MONÉTAIRE POUR FRAIS DE SECRÉTARIAT	
ACHAT DE MATÉRIEL ÉDUCATIF	
ACTIVITÉS DE FORMATION MÉDICALE INDÉPENDANTE	

Signature du responsable local

SECTION RÉSERVÉE / POUR USAGE INTERNE

NO. DU CHÈQUE ÉMIS :

AUTORISATION DU RESPONSABLE RÉGIONAL:

DATE:

SIGNATURE DU RESPONSABLE RÉGIONAL:

