



Om in aanmerking te komen voor de terugbetaling dient u dit document ingevuld aan uw ziekenfonds te bezorgen.

Al onze adressen zijn terug te vinden op www.LM.be of via:



Vaccins

Uw gegevens invullen of een blauwe klever aanbrengen

Voornaam:

Naam:

Adres:

RRN:

E-mailadres:@.....

In te vullen door het vaccinatiecentrum

Identificatie van de voorschrijvende arts

Naam:

RIZIV-nummer:

Naam vaccin	Toedieningsdatum	Betaalde bedrag	Datum betaling
	...../...../20.....		...../...../20.....
	...../...../20.....		...../...../20.....
	...../...../20.....		...../...../20.....
	...../...../20.....		...../...../20.....
	...../...../20.....		...../...../20.....

Identificatie van **het vaccinatiecentrum**

Naam:

Adres:

Datum: / / 20.....

Stempel

FACVA027