



Vaccins

Vos données

Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse E-mail	

A compléter par le centre de vaccination

Identification du médecin prescripteur:

Nom	
Numéro INAMI	

Nom du vaccin	Date d'administration	Montant payé	Date du paiement
	__/__/____		__/__/____
	__/__/____		__/__/____
	__/__/____		__/__/____
	__/__/____		__/__/____
	__/__/____		__/__/____

Identification du **centre de vaccination**

Nom	
Adresse	

Date: ____ / ____ / ____

Cachet: