



Semelles orthopédiques

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

A compléter par le podologue	
Nom	
Adresse	
Numéro INAMI	

Je soussigné, déclare que le bénéficiaire repris ci-dessus a conçu des semelles orthopédiques et ne perçoit dans ce cadre aucune intervention de l'assurance obligatoire pour les soins médicaux et les prestations.

Veillez cocher ce qui s'applique:

- 1** semelle a été produite. L'intéressé a payé _____ EUR par semelle.
- 2** semelles ont été produites. L'intéressé a payé _____ EUR pour les semelles.

Date: ____ / ____ / _____

Signature et/ou cachet du podologue: