ACADÉMIE DE DIJON - RECTORAT Contrôles médicaux obligatoires

2 G rue Général Delaborde – BP 81921 2020-2021

**DEMANDE DE REGLEMENT D’HONORAIRES**

21019 DIJON Cedex

NH 20-90

|  |
| --- |
|  |
| **VISITE MÉDICALE D’EMBAUCHE**  |
| RECTORAT  [x]  | DSDEN 21 [ ]  | DSDEN  58 [ ]  | DSDEN 71 [ ]  | DSDEN 89  [ ]  |

Affaire suivie par : Service gestionnaire : DOSEPP3 – bureau du second degré

|  |
| --- |
| **OBJET DE L’EXAMEN**  |
| [ ]  | Aptitude à l’emploi |
| **CONSULTANT** |
| Nom d’usage :Nom de famille :Adresse : | Prénom :Date de naissance :N° de sécurité sociale :  |
| Grade :Etablissement d’affectation :  | Discipline :  |
| **MÉDECIN AGRÉÉ** |
| GÉNÉRALISTE [ ]  | SPÉCIALISTE [ ]  *(****préciser la spécialité****)* : ………………………………. |
| NOM – Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………. |
| N° Siret / Siren : | /------/------/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/ |
| ADRESSE : …………………………………………………………………………………………………………. | **NB : si 1éré demande joindre RIB original**

|  |
| --- |
| **Références bancaires ou postales.**(joindre un RIB ou un RIP pour un premier paiement ou un changement d’adresse) |
| Code banque :  | Code guichet :  | N° de compte (complet) : |

    |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Examen médical**  | date :  | Cotation de l’acte :  | **HONORAIRES \*** :  |

Certifie sincère et véritable le présent état de frais pour la somme de (en toutes lettres ci-dessous)**cachet du médecin**  **date et signature du médecin**   **\* base de prise en charge financière : tarifs conventionnels parus au Journal Officiel « sans dépassement d’honoraires »** |
|  |
| **RÉSERVÉ AU RECTORAT**  |
| **Service gestionnaire** | **Service financier** |
| □ BOP 139-12 - activité : **013900FOHM01**-----------------------------------------------------------------□ BOP 214-06- 03 - activité **: 021404EX0301** (enseignants et assimilés) --------------------------------------------------------------------□ BOP 214-06- 04 - activité : **021404EX0302** (non enseignants)**----------------------------------------------------------------****N° de la pièce : ……………………………..** |  « certification du service fait »Dijon, le Signature et cachet | « bon à payer »le chef de divisionLaurent MEUNIER |

 **Document à renvoyer au service gestionnaire figurant ci-dessus PB/ 2012/02/764**