

**DEMANDE DE REGLEMENT D'HONORAIRES**

**VISITE MÉDICALE D'EMBAUCHE**

DIRH       DSDEN 21     DSDEN 58     DSDEN 71     DSDEN 89   
DOSEPP

Affaire suivie par : .....

Service gestionnaire : .....

<b>OBJET DE L'EXAMEN</b>		
<input type="checkbox"/>	Aptitude à l'emploi	
<b>CONSULTANT</b>		
Nom d'usage :	Prénom :	
Nom de famille :	Date de naissance :	
Adresse :	N° de sécurité sociale :	
Grade :	Discipline :	
Etablissement d'affectation :		
<b>MÉDECIN AGRÉÉ</b>		
GÉNÉRALISTE <input type="checkbox"/>	SPÉCIALISTE <input type="checkbox"/> (préciser la spécialité) : .....	
NOM – Prénom : .....		
N° Siret / Siren :	/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/	
ADRESSE :	<b>NB : si 1<sup>ère</sup> demande joindre RIB original</b>	
..... .....	<b>Références bancaires ou postales.</b> (joindre un RIB ou un RIP pour un premier paiement ou un changement d'adresse)	
	Code banque :   Code guichet :   N° de compte (complet) :	
<b>Examen médical</b>	date :	<b>HONORAIRES * :</b>
Certifie sincère et véritable le présent état de frais pour la somme de (en toutes lettres ci-dessous)		
<b>cachet du médecin</b>	<b>date et signature du médecin</b>	
<small>* base de prise en charge financière : tarifs conventionnels parus au Journal Officiel « sans dépassement d'honoraires »</small>		
<b>RÉSERVÉ AU RECTORAT</b>		
<b>Service gestionnaire</b>	<b>Service financier</b>	
<input type="checkbox"/> BOP 139-12 - activité : <b>013900FOHM01</b> ----- <input type="checkbox"/> BOP 214-06- 03 - activité : <b>021404EX0301</b> (enseignants et assimilés) ----- <input type="checkbox"/> BOP 214-06- 04 - activité : <b>021404EX0302</b> (non enseignants) ----- <b>N° de la pièce :</b> .....	« certification du service fait »  Dijon, le  Signature et cachet	« bon à payer »   le chef de division Laurent Meunier