
Demande de copie des factures

Dorénavant, je vous prie de me faire automatiquement parvenir par courrier une copie des factures que vous envoyez directement à mon assureur-maladie.

Madame Monsieur

Date de naissance

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, localité

Lieu, date

Signature

Imprimer le formulaire