

ATTESTATION DE DELIVRANCE

LA FACTURE DOIT ETRE ANNEXEE A CE DOCUMENT

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

A compléter par le bandagiste ou apposer une vignette de la mutualité

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Adresse	
Personne de contact du bénéficiaire : nom / téléphone / adresse mail	
Numéro d'identification du registre national	
Mutualité	
Le bénéficiaire séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile):	

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

A compléter par le dispensateur de soins

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément (INAMI) du dispensateur agréé	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
N° de téléphone et adresse mail de la personne de contact	



A compléter par le dispensateur de soins

Type et modèle de l'aide à la mobilité livrée :

Numéro de série :

Date de délivrance:

Lieu de délivrance:

Je, (nom du dispensateur de soins), certifie avoir délivré l'aide à la mobilité et de l'avoir adaptée selon les besoins du bénéficiaire.

Date: / /

Signature du dispensateur de soins:

A remplir par le bénéficiaire

Je certifie avoir reçu l'aide à la mobilité demandée avec les adaptations demandées. Elle a été adaptée à mes besoins et j'ai pu l'essayer en présence du dispensateur de soins.

Date: / /

Signature du bénéficiaire: