

BON DE COMMANDE

POUR UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS

A compléter et à signer par le bénéficiaire

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité.

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Adresse (domicile ou MRS)	
Personne de contact du bénéficiaire: nom / téléphone / adresse mail	
Numéro d'identification du registre national	
Mutualité	

IDENTIFICATION DU 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 remplir et à signer par le bénéficiaire sur base de l'accord écrit de l'OVA et de la demande d'intervention du dispensateur de soins.

A. AIDE A LA MOBILITE ET ADAPTATION SUBSIDIÉES PAR L'OVA :

LISTE	Prix (EUR) (TVA incluse)
Total	

**B. ADAPTATIONS DEMANDEES PAR LE BENEFICIAIRE, MAIS NON
SUBSIDIÉES PAR L'OVA:**

LISTE DES ADAPTATIONS	Prix (EUR) (TVA incluse)
Total	

C. ADAPTATIONS NON DESIREES PAR LE BENEFICIAIRE :

LISTE DES ADAPTATIONS	Prix (EUR) (TVA incluse)
Total	

Je,(nom prénom) certifie que j'ai été informé de façon suffisante des points suivants:

- l'aide à la mobilité et son utilisation
- les adaptations possibles
- la participation aux frais de la part de l'OVA et ma propre participation financière

Je commande cette aide à la mobilité et **donne mon accord pour tous les points susmentionnés.**

Datum: / /

Signature du bénéficiaire: