			ANNEXE		5	
Facture : 110824 Référence établissement: 069626		SOINS POLYCLINIQUES	<i> </i>		P. gén.: Page :	: 710 : 1
Centre de santé des Fagnes A.I.H.S.H.S.N Boulevard Louise		CHIMAY,	le 31/03/2007	1 -7 AMO	1 2003 TER	
N° matricule : 510815 224M CT1/CT2 : 180/712 Identification du patient	Code Vornendatire	9	Oyani A Apomer (Part d)	ime. n ijaloijue)	Tidret Modepa	Kan
Période de facturation : 3/2	007		N° Dos.	O.A.	== ======= Patient	
Produits pharmaceutiques Date Libellé/Dosage 14/03/07 MP NACL 0,9% 10ML 1	Pr. unit.	Quant. Ct 1 D Sous total	0000310983		-	0,31
Honoraires médicaux et paramé Date Prest. Médecin CONSULTATIONS, AVIS ET VISITES 14/03/07 102535 158376 MAHY MEDECINE NUCLEAIRE Demandé par : GERBAULET	Réi NATHALIE	. Pr.	0000310983	7	 	0,79
14/03/07 442632 158376 MAHY DIVERS 14/03/07 699053 158376 MAHY	NATHALIE NATHALIE	Sous total	0000310983 0000310983	96,28 13,95 110,23	34	8,68 4,64 4,11
Numeho Pratio		.======================================	=======================================			484-1
OPIE CLIENT	EURO date de signature	signature(s)		VIREMEN	T OU VERS	EMENT
	En aca do complèten] nent manuel, un seul caractère	e noir (ou bleu) nar	case Ne pas	accepter en pa	iement
e mémo montant en EUR ******** npte donneur d'ordre npte bénéficiaire	date mémo (facultatif) compte donneur d'ordre nom et adresse donneur d'o	(uniquement pour exécutio dans le futur)	montant	EUI ************************************	hit - I talke a trooping thought by	, T
n bénéficiaire	********	*****				
nmunication ***************	***** ****** communication (en MAJUS *************		*******	***		