



A retourner au service compétent

Feuille – signature pour la validation de la demande e-démarche

Numéro AEL de la demande * :

*: ce numéro vous est communiqué dans un courriel générique d'accusé de réception après avoir validé l'e-démarche

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Je soussigné certifie avoir déposé la demande ci-jointe.

Je certifie avoir pris connaissances des conditions générales et m'engage à les respecter.

J'ai bien pris note que je ne suis pas autorisé à commencer mon activité de facturation à la charge de l'assurance obligatoire des soins tant que je n'aurai pas reçu mon admission à facturer.

De plus, j'atteste que les données transmises sont véridiques et complètes.

Lieu :

Date :

Signature :