



**Formule de demande de rendez-vous
(à remplir en lettres majuscules)**

1. Données personnelles

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Adresse e-mail :

Numéro de téléphone fixe :

Numéro de téléphone portable :

Heure de rappel souhaitée :

2. Motif de la demande de rendez-vous

a. Affiliation à l'assurance obligatoire des soins LAMaL – *précisez ci-dessous*

affiliation d'office

dispense

radiation

droit d'option des frontaliers

double affiliation

assujettissement pour personnes sans statut uniquement sur rendez-vous téléphonique au numéro de tél. 022 546 19 30, lundi, mardi et jeudi, de 9h00 à 11h30.

b. Retard dans le paiement des primes et / ou participations aux coûts

c. Subside :

d. RDU (Revenu Déterminant Unifié)

e. Autre :

3. Date et signature

Date :

Signature :