|  |
| --- |
| **ETAT DES SOMMES DUES** |

**Monsieur le Docteur** : ………………………………………………………………………………..

**Médecin agréé en** : …………………………………………………………………………………..

**Adresse** :………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..

Nature et Numéro du compté à créditer : **JOINDRE UN RIB**

* Décret n°86-442 du 14 Mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l’organisation du Conseil Médical, aux conditions d’aptitude physique pour l’admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.
* Arrêté du 03 Juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 Mars 1986.

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de l’examen** | …………………………………………………. |
| **Nom de l’agent** | ………………………………………………… |
| **Fonction de l’agent** | ………………………………………………….  …………………………………………………. |
| **Administration** | …………………………………………………. |
| **Majorations et Coefficient** | …………………………………………………. |
| **Frais de transport** | ………………………………………………….. |

A ……………………………….., le ………………………………………

(Signature et Tampon)