FACTURE | Remboursement du reste à charge du vaccin anti-HPV

Nom : …………………………………………… Prénom : ………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………..………………

N° SIRET : ……………………………………………………………………………………………

Facture N°…….. du ….…./….…/…….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Interne Ligue contre le cancer* | |  |  |  |  |
| *Compte général* | *Compte analytique* | Quantité | Description | P.U. € | Montant € |
|  | *B 330 HPV* |  | Vaccin anti-HPV Patient anonyme N°1  Garçon ou Fille *(à entourer)* |  |  |
|  | *B 330 HPV* |  | Vaccin anti-HPV Patient anonyme N°2  Garçon ou Fille *(à entourer)* |  |  |
|  | *B 330 HPV* |  | Vaccin anti-HPV Patient anonyme N°3  Garçon ou Fille *(à entourer)* |  |  |
|  | *B 330 HPV* |  | Vaccin anti-HPV Patient anonyme N°4  Garçon ou Fille *(à entourer)* |  |  |
|  |  |  | **Total global** | |  |

*Cachet de l’officine*

*Le remboursement par la Ligue contre le cancer de Loire-Atlantique, se fera dans un délai d’un mois maximum après réception de la facture.*

**Merci de joindre votre RIB**

**A envoyer par courrier** : Ligue contre le cancer de Loire-Atlantique, Service prévention, 9 Rue Paul Pélisson CS 41609, 44016 Nantes cedex 1

**Ou par mail** : prevention.cd44@ligue-cancer.net

**Merci de joindre une facture anonymisée pour chaque vaccin distribué**