

<b>LUTTE CONTRE LA PROPAGATION DU VIRUS COVID-19 - Bordereau hebdomadaire de facturation Vaccination</b>	Version 2021-04-02 a	<b>professionnels de santé retraité exécutant n° [29699110 2]</b>
DOCUMENT A RETOURNER A VOTRE CPAM OU POUR LES INTERVENANTS QUI NE DEPENDENT PAS D'UNE CPAM A LA CPAM DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE	Page 1/1	

Semaine du lundi ___/___/2021 au dimanche ___/___/2021  (détail des dates ci-dessous)	<b>Centre de vaccination :</b>		<b>Coordonnées du (de la) responsable :</b>		
	<b>Nom du centre :</b>		<b>Prénom et Nom :</b>		
	<b>Adresse :</b>		<b>Courriel :</b>		
		<b>N°Téléphone :</b>			
		<b>Cachet ou signature :</b>			
Date d'envoi du document : ___/___/2021	<b>Identité du praticien</b>	<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b> <b>NIR (numéro de SS) :</b> <b>N° RPPS (si connu) :</b>	<b>Profession</b>	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste	

		Saisie des heures : indiquer le nombre d'heures effectuées par tranche			
Tranche horaire		Dimanche et jours fériés ou lundi au samedi de 23h à 6h	Lundi au samedi 6h à 8h	Lundi au samedi 8h à 20h	Lundi au samedi 20h à 23h
<b>Heures à déclarer</b>	___/___/2021				
	___/___/2021				
	___/___/2021				
	___/___/2021				
	___/___/2021				
	___/___/2021				
	___/___/2021				
<b>Nombre d'heures</b>					

Si c'est le 1er bordereau de facturation que je transmets, je joins le formulaire d'affiliation

**Signature :**