

LUTTE CONTRE LA PROPAGATION DU VIRUS COVID-19 - Bordereau hebdomadaire de facturation Vaccination		Version 2021-04-02 a	Remplaçant exclusif (sans activité libérale en tant que titulaire) N'intervenant pas en remplacement d'un PS titulaire exécutant N° [29699130 0]
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)	Centre de vaccination :		Coordonnées du (de la) responsable :
	Nom du centre : Adresse :		Prénom et Nom : Courriel : N°Téléphone : Cachet ou signature :
Date d'envoi du document : ___/___/2021	Identité du praticien	Nom : Prénom : NIR : N° RPPS :	Profession
			<input type="checkbox"/> Médecin remplaçant exclusif <input type="checkbox"/> Infirmier-e remplaçant exclusif <input type="checkbox"/> Sage-Femme remplaçant exclusif <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste remplaçant exclusif

Saisie des heures : indiquer le nombre d'heures effectuées par tranche		
Tranche horaire	Samedi après-midi , Dimanche et jours fériés	Lundi au samedi matin
Heures à déclarer	___/___/2021	
	___/___/2021	
	___/___/2021	
	___/___/2021	
	___/___/2021	
	___/___/2021	
	___/___/2021	
Nombre d'heures		

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

Signature :
