

LUTTE CONTRE LA PROPAGATION DU VIRUS COVID-19 - Bordereau hebdomadaire de facturation Vaccination		Version 2021-04-02 a	Professionnel de santé sans activité Exécutant n° [296991409]		
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 (numéro de SS) : N° RPPS (si connu) :	Profession	<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
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 :