

COSL - CADRES

DÉCOMPTE 'CRÉDIT MÉDICAL' - 2017

Nom:	Prénom:	Banque:	IBAN:
------	---------	---------	-------

N°	Date(s)	Prestation	Prestataire de service (Nom et Prénom)	Montant facturé	Remboursement Caisse de Santé	Remboursement demandé
		Consultation, Massage, Analyse, Alimentation, etc.	Médecin, Kiné, Pharmacie, Centre musculation, etc.			
<i>Prrière de convertir resp. d'indiquer tous les montants en "euros"</i>						

1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

TOTAL

REMARQUES

Athlète: Signature:	Fédération: Signature:	Date:	COSL:
------------------------	---------------------------	-------	-------