



AIRBP

Association des Insuffisants Rénaux
de la Région Beauce et Perche

CENTRE Gilles FOURNIER

PRISE EN CHARGE DE LA DIALYSE

A remplir obligatoirement même si une photocopie de l'Attestation de la carte Vitale est jointe.

ETAT CIVIL

Nom : Prénom :

Date de naissance :/.../...

Adresse :

NOM ET ADRESSE DE LA CAISSE DU PATIENT

Numéro d'immatriculation :/.../.../.../.../.../.../.../.../...

L'assuré est-il le patient ? Oui Non

Si non, lien de parenté avec le patient : conjoint enfant autre

Droit 100 % jusqu'au : .. /.. /