



Association ADOP
Aide et Dispositif d'Orientation des Pharmaciens

DEMANDE D'HONORAIRES PROFESSIONNELS RESSOURCES

A retourner au Secrétariat de l'association ADOP

Par mail : adop.contact@gmail.com

Ou par Courrier :

13b place Jules Ferry
69006 LYON

Prénom : **Nom :**

Profession / Spécialité :

Adresse professionnelle :

.....
.....

Tél. : Mail :

J'atteste avoir reçu en première consultation, le un pharmacien en difficulté orienté par ADOP et souhaiterai recevoir en règlement de mes honoraires un chèque d'un montant de 70 €.

IMPORTANT

- La demande de règlement doit être transmise dans le mois suivant la consultation ;
- La fiche de consultation anonymisée doit obligatoirement être jointe à la demande de règlement ;
- Le professionnel ressource s'assure d'avoir préalablement transmis son bulletin d'adhésion à l'association, à défaut il le joint à la présente demande.

Fait le , à

CACHET + SIGNATURE :



Association ADOP
Aide et Dispositif d'Orientation des Pharmaciens

FICHE DE CONSULTATION

(à joindre impérativement à la demande de règlement)

Prénom : **Nom :**

Date de la consultation :

Résumé :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Une autre consultation a-t-elle été programmée ? ☐ **oui** ☐ **non**

Le cas échéant aucun règlement ne pourra être réclamé à l'association.

Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le

A

CACHET + SIGNATURE :