

Etats des montants dus par le SPF Santé Publique en application de la loi sur les hôpitaux

C.P.A.S. de :  
Adresse :  
Code postal et localité :  
C.C.P. :

Hôpital et Localité	Période d'hospitalisation	Nbre de cas	Nbre de jours	Part Etat	Montant total
<b>TOTAL GENERAL</b>					

Sceau du C.P.A.S.

Certifié sincère et véritable à la somme de (en lettres)

.....

A ....., le .....

Le Secrétaire,

Le Président,