

CADRE RÉSERVÉ À L'I.V.-I.N.I.G.

Je soussigné(e), au nom de l'I.V.-I.N.I.G., déclare
accepter – ne pas accepter
l'intervention pour les prothèses dentaires suivantes

Maxillaire Supérieur (1)		Maxillaire Inférieur (1)	
Attachement	:€	Attachement	:€
Prothèse fixe	:€	Prothèse fixe	:€
Prothèse amovible	:€	Prothèse amovible	:€
Armature squelet	:€	Armature squelet	:€
TOTAL	:€	TOTAL	:€

BRUXELLES, le
(signature)

(1) REMARQUE IMPORTANTE :

les montants d'intervention sont calculés compte tenu
des prothèses dentaires accordées antérieurement