Annexe 67

Identification du patient:

ATTESTATION D'ALIMENTATION PAR SONDE OU PAR STOMIE

N° INAMI du médecin: .....

Nom du médecin:.....

PRODUITS DELIVRES

Code national (ou n° prép. magistr. (1))	N	Nom du produit	Prix public en EUR	Prix payé en EUR

Totaux .....

..... Total

.....

Date de délivrance:
Identification (2):
N° Officine (3):
Signature du pharmacien (2):

(1) En priorité: indique le numéro INAMI spécifique du produit
(2) Du dispensateur ou fournisseur compétent
(3) Si le dispensateur de soins est un pharmacien. Sinon, mentionner l'adresse et le n° de téléphone complets, le cas échéant l'adresse e-mail.