



FICHE DE REMBOURSEMENT DE VISITE D'EMBAUCHE

(tout document incomplet sera retourné)

Imprimé à établir en 2 exemplaires

**Et à retourner obligatoirement à Rectorat de Nantes - DAPP4 - Cellule
accidents 44326 Nantes Cedex 3**

(le certificat médical est à envoyer au service émetteur)

Je soussigné

médecin généraliste agréé (spécialité préciser) :

demande le règlement de la somme de _____€ pour l'examen de :

Patient reçu : NOM : Prénom :

consultation

acte complémentaire (préciser la cotation) :

A verser sur le compte bancaire dont **le RIB est à joindre OBLIGATOIREMENT**

N ° de SIRET du médecin (14 chiffres) : / / / / / / / / / / / / / / / /

Service émetteur:

RECTORAT DE NANTES

Services académiques:

SERVICE : SAGEPP 85

PARTIE A COMPLETER OBLIGATOIREMENT PAR L'ADMINISTRATION

(Sous peine de ne pas pouvoir rembourser le médecin)

Examen pratiqué à ma demande pour :

NOM : _____ Prénom : _____

Fonctions exactes : _____

Affectation : _____

Motif de l'examen médical	Références	Demande l'administration
Examen d'un candidat à un emploi public	Art. 20 du décret n°86-442 du 18/03/86	Certificat médical L'arrêté du 3 juillet 2007 article 3 fixe la rémunération des médecins en fonction de ces éléments

LE RECTEUR