

NOM du praticien :

PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

COURRIEL :

SPECIALITE PRINCIPALE

(ex : pour un médecin : généraliste/neurologue/allergologue;
ou pour un non-médecin : kiné, ostéopathe...)

SPECIALITE COMPLEMENTAIRE (le cas échéant : acuponcteur, nutritionniste...)

ACCEPTTE DE SUIVRE LES PATIENTS (entourer ou barrer) :

EHS MCS SFC Fibromyalgie Toutes ces pathologies

TARIF(s) ET SECTEUR(s) :

D'avance merci pour votre collaboration qui contribuera à une meilleure information et prise en charge des malades.