Modèle à adapter n° 08-E-MOD2 - CDG 53 (2018)

**Règlement des honoraires dus aux médecins agréés pour examen d’un fonctionnaire**

**Etat de la somme due**

*Décret n° 86-442 du 14 mars1986 et arrêtés pris pour son application*

**Docteur**

**Cabinet Médical**

**[adresse]**

**[CP / Ville]**

**Tel :**

RIB : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Merci de fournir un RIB détaillé**

IBAN :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOMICILIATION :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom Prénom de l’agent : *(à compléter)*

Né(e) le : *(à compléter)*

Collectivité de l’agent concerné : *(à compléter)*

MOTIF DE L’EXAMEN : réintégration/renouvellement à temps partiel pour raison thérapeutique

**HONORAIRES HT :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **euros**

[ ]  (1) Je bénéficie du régime de franchise de base de TVA (article 293 B du CGI)

* **TVA non applicable**

[ ]  (1) Je ne bénéficie pas du régime de franchise de base de TVA (article 293 B du CGI)

* **Taux de TVA applicable à 20%**

Certifié sincère et véritable le présent état s’élevant à la somme de : **euros TTC**

A , le

 Signature et cachet

1. *Cocher la case correspondante*