



**Règlement des honoraires dus aux médecins agréés  
pour expertise médicale**

Monsieur le Docteur : .....  
Médecin spécialiste agréé : .....  
Domicilié : .....  
N°SIRET.....

**Identité bancaire ou postale (joindre un RIB original ou un RIP original)**

Domiciliation : .....  
Code banque : ..... Code guichet : ..... N°Compte : .....  
Clé : .....

**Agent examiné**

NOM Prénom : .....  
Fonctions : .....  
Lieu d'exercice : .....  
Date de l'examen : .....  
Motif de l'examen : .....

**Honoraires**

Actes en « C » : .....  
Autres actes (en préciser la nature) : .....  
Frais de déplacement : .....  
TOTAL : .....  
Certifie sincère et véritable le présent état s'élevant à la somme de :  
.....

Pour ordre,  
Le Directeur de l'Administration

A ..... Le .....