

Facturation directe

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° postal :

N° de tel :

.....

Je, soussignée, suis venue aux Urgences de Pédiatrie pour une consultation et m'engage par la présente à venir y régler la somme de Fr. 10.- dans un délai de 3 mois.

Date : Signature :

REGLEMENT : Date :

Signature :

Tampon du SAUP :