

**PAIEMENT FORFAITAIRE**NOTIFICATION DE FIN D'INSCRIPTION  
DECISION DE LA PERSONNE INSCRITE**MAISON MEDICALE**

Dénomination: .....

Adresse: .....

Numéro d'inscription I.N.A.M.I.: .....

**ORGANISME ASSUREUR**

N°Fédération ou Office régional: .....

Dénomination: .....

Adresse: .....

**PERSONNE INSCRITE**

NOM – PRENOM: .....

Adresse: .....

Numéro national: .....

Ce (cette) bénéficiaire, inscrit(e) à la maison depuis le : .....

a décidé de ne pas prolonger son inscription à partir du : .....

Le (la) bénéficiaire

Le (la) responsable de la maison médicale

Date: .....

Date: .....

Signature<sup>(1)</sup>: .....

Signature: .....

Document à établir en trois exemplaires:

document pour le (la) bénéficiaire<sup>(2)</sup>document pour la maison médicale<sup>(2)</sup>document pour l'organisme assureur<sup>(2)</sup>

(1) Signature du représentant légal nécessaire dans le cas d'un mineur qui n'a pas encore atteint l'âge de 14 ans.

(2) Biffer les mentions inutiles.