



**MÉMOIRE D'HONORAIRES MEDICAUX**  
*Rédigé conformément à l'Arrêté du 3 juillet 2007*

Je soussigné **Docteur**

Médecin agréé par arrêté Préfectoral,

Déclare que pour l'examen que j'ai effectué, par suite de la mission qui m'a été adressée,

J'ai procédé à la (cocher la case correspondante) :

- Consultation au Cabinet  
 Visite à domicile

Date de l'examen : \_\_\_\_\_ Numéro de facture \_\_\_\_\_

**À remplir par la collectivité :**

|                       |  |                                     |  |
|-----------------------|--|-------------------------------------|--|
| Nom de l'agent        |  | N° bon de commande<br>/Code service |  |
| Collectivité d'emploi |  | N° de SIRET de la<br>collectivité   |  |

Qu'il m'est dû à ce titre, conformément à l'arrêté du 3 juillet 2007, fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret 86442 du 14 mars 1986

|               |          | Consultation au Cabinet | Visite à Domicile |
|---------------|----------|-------------------------|-------------------|
| Non Assujetti |          |                         |                   |
| Assujetti     | Hors TVA |                         |                   |
|               | TVA      |                         |                   |
| TOTAL         |          | €                       | €                 |

**Soit au total la somme (en toutes lettres) :** \_\_\_\_\_

Le montant susvisé est payable par virement à mon compte bancaire ou postal joint – joindre un RIB ou un RIP. – **préciser votre n° de SIRET.**

**Certifie sincère et véritable, le présent relevé**

Date : \_\_\_\_\_

Cachet et signature :

N° d'identification : \_\_\_\_\_

N° de SIRET : \_\_\_\_\_

N° TVA Intra Communautaire (si assujetti à la TVA) : \_\_\_\_\_