

## Attestation de chiropraxie

Nom du prestataire : .....

Vignette du patient

Nom et prénom du patient : .....

Date de la séance : .....

Montant reçu : .....

Signature du prestataire :                      Cachet du prestataire :

MUTUALITE CHRETIENNE DU BRABANT WALLON

54 bd des Archers  
1400 Nivelles  
Tél : 067/89 36 36  
E-mail : brabant.wallon@mc.be



La solidarité, c'est bon pour la santé.

## Attestation de chiropraxie

Nom du prestataire : .....

Vignette du patient

Nom et prénom du patient : .....

Date de la séance : .....

Montant reçu : .....

Signature du prestataire :                      Cachet du prestataire :

MUTUALITE CHRETIENNE DU BRABANT WALLON

54 bd des Archers  
1400 Nivelles  
Tél : 067/89 36 36  
E-mail : brabant.wallon@mc.be



La solidarité, c'est bon pour la santé.

## Attestation de chiropraxie

Nom du prestataire : .....

Vignette du patient

Nom et prénom du patient : .....

Date de la séance : .....

Montant reçu : .....

Signature du prestataire :                      Cachet du prestataire :

MUTUALITE CHRETIENNE DU BRABANT WALLON

54 bd des Archers  
1400 Nivelles  
Tél : 067/89 36 36  
E-mail : brabant.wallon@mc.be



La solidarité, c'est bon pour la santé.

## Attestation de chiropraxie

Nom du prestataire : .....

Vignette du patient

Nom et prénom du patient : .....

Date de la séance : .....

Montant reçu : .....

Signature du prestataire :                      Cachet du prestataire :

MUTUALITE CHRETIENNE DU BRABANT WALLON

54 bd des Archers  
1400 Nivelles  
Tél : 067/89 36 36  
E-mail : brabant.wallon@mc.be



La solidarité, c'est bon pour la santé.

## Attestation de chiropraxie

Nom du prestataire : .....

Vignette du patient

Nom et prénom du patient : .....

Date de la séance : .....

Montant reçu : .....

Signature du prestataire :                      Cachet du prestataire :

MUTUALITE CHRETIENNE DU BRABANT WALLON

54 bd des Archers  
1400 Nivelles  
Tél : 067/89 36 36  
E-mail : brabant.wallon@mc.be



La solidarité, c'est bon pour la santé.

## Attestation de chiropraxie

Nom du prestataire : .....

Vignette du patient

Nom et prénom du patient : .....

Date de la séance : .....

Montant reçu : .....

Signature du prestataire :                      Cachet du prestataire :

MUTUALITE CHRETIENNE DU BRABANT WALLON

54 bd des Archers  
1400 Nivelles  
Tél : 067/89 36 36  
E-mail : brabant.wallon@mc.be



La solidarité, c'est bon pour la santé.