

Déclaration d'injections à l'ICH

Jeunes de 15 à 26 ans (y compris)

Période : **01.01.2023-31.07.2023**

Nombre d'injections dans le cadre du programme de rattrapage _____

Nombre de doses perdues (doses échues, périmées, injection hors âge programme, ...) _____

Stock à la date d'envoi du formulaire _____

Date : Timbre et signature :

*Refacturées semestriellement au prix hors programme /

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Formulaire à renvoyer semestriellement (ou sur demande) à PSV2. Veuillez joindre la liste des patients au verso (faire des copies si nécessaire) |
|--|

