

Autorisation

Le (la) soussigné (e) autorise la Caisse de Compensation du Canton du Valais à rembourser directement au cabinet dentaire suivant:

Adresse du cabinet dentaire:

.....
.....
.....

Références bancaires ou postales (Adresse de paiement, No. IBAN):

.....
.....
.....

le montant des honoraires reconnus (y-compris les frais de laboratoire) dans le cadre des prestations complémentaires AVS/AI représentant les soins donnés à Mme , Mlle , M.

Nom, Prénom, adresse de la personne traitée:

.....
.....
.....

Cette autorisation est valable pour la période de traitement du au

Lieu et date:

Signature du bénéficiaire PC ou de son représentant:

.....

.....
(Nom, prénom, adresse du représentant:)

.....