

Nom :

Prénom :

N° INAMI.....

RELEVE 2019

A remplir par le praticien de l'art infirmier

Ne remplissez le tableau par mois que si vous avez connu des variations par exemple suite à une incapacité de travail. Si votre activité a été régulière en 2019, le total annuel suffit.

Mois	Montant facturé	Statut indépendant (Principal ou complémentaire)	Situations particulières
Janvier			
Février			
Mars			
Avril			
Mai			
Juin			
Juillet			
Août			
Septembre			
Octobre			
Novembre			
Décembre			
TOTAL			

Fait à, le

Signature :