Nom : ..... **Prénom :** .....

N° INAMI.....

RELEVE D'ACTIVITE – PRESTATIONS 2019

A remplir par le logopède

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	Nombre de prestations	Valeur R des prestations	Situations particulières
Janvier			
Février			
Mars			
Avril			
Mai			
Juin			
Juillet			
Août			
Septembre			
Octobre			
Novembre			
Décembre			
TOTAL			

Fait à ....., le .....

Signature :