

PREUVE D'ACHAT DES VACCINS ADMINISTRÉS EN VUE D'UN VOYAGE

Identification du patient

Coller ici la vignette bleue

Identification du médecin prescripteur

Nom:

Numero INAMI:.....

Vaccins administrés

Nom:	Date:	Prix du vaccin payé par le patient:
1. ACYW 135		
2. MENCEVAX		
3. AVAXIM		
4. EPAXIL		
5. HAVRIX 720 (enfants)		
6. HAVRIX 1440 (adult)		
7. IMMUN (adult)		
8. IMMUN (enfants)		
9. JE-VAX		
10. STAMARIL		
11. TWINRIX (adult)		
12. TWINRIX (enfants)		
13. TYPHERIX		
14. TYPHIM		
15. VAQTA (adult)		
16. VAQTA (enf en adol)		
17. VIVOTIF		
18. autre vaccin:.....		

Identification du centre de vaccination

Nom:.....

Adresse:.....

Cachet: Date:.....

Veuillez remettre le présent document complété à votre mutualité.

L'UNML et ses mutualités récoltent ces données personnelles dans le but de vous informer des avantages et services dans le cadre de l'assurance libre et complémentaire. La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée octroie un droit d'accès et de rectification à la personne sur qui portent les données. Des informations complémentaires sur le traitement de ces données personnelles peuvent être obtenues auprès de la Commission de la protection de la vie privée.