



0442 Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

02

Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur

Grid for date of execution

Montant

EUR

CENT

Montant: 10,00

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre

Compte bénéficiaire (IBAN)

BE31068908592155

BIC bénéficiaire

GKCCBEBB

Nom et adresse bénéficiaire

IAGULLI FLORIA
PLACE DES MARTYRS 35
7322 POMMEROEUL

Communication

5 SEANCES

30/09/22

0445 Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

02



Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur

Grid for date of execution

Montant

EUR

CENT

Montant: 10,00

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre

Compte bénéficiaire (IBAN)

BE31068908592155

BIC bénéficiaire

GKCCBEBB

Nom et adresse bénéficiaire

IAGULLI FLORIA
PLACE DES MARTYRS 35
7322 POMMEROEUL

Communication

5 SEANCES

Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

02



Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur

Grid for date of execution

Montant

EUR

CENT

Montant: 8,00

Compte donneur d'ordre (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre

Compte bénéficiaire (IBAN)

BE31068908592155

BIC bénéficiaire

GKCCBEBB

Nom et adresse bénéficiaire

IAGULLI FLORIA
PLACE DES MARTYRS 35
7322 POMMEROEUL

Communication

4 SEANCES

P

SRL PHARMACIE MICHEZ

Rue Buissonnet, 3 7321 Bemissart

069/575170

maxencemichez@skynet.be

BCE : BE0834101515

Tit - MICHEZ Maxence

28-09-22

28-09-22 15:38

Vous avez été servi par votre pharmacien

Libre

2 FEBELCARE MED1 COMPRESSE GAZE STER 10X10.0CM 12X1	6.20	€
1 MICROPORE 3M 25.0MMX9.1M NOUV.DEROULEUR 1530P-1D	3.86	€
1 JELONET STER 10CMX10CM 10 7404	9.45	€
Sous total :	19.51	

(4 article(s) délivré(s)) **Tot: 19.51 €**

CZAM (Bancontact, MCash...) 19.51 €

Points total achats : 98

Nouveau solde : 474 points



Au revoir et à bientôt !
Votre pharmacien, votre conseiller !



SRL PHARMACIE MICHEZ

Rue Buissonnet, 3 7321 Bemissart

069/575170

maxencemichez@skynet.be

BCE : BE0834101515

Tit - MICHEZ Maxence

07-10-22

07-10-22 08:48

Vous avez été servi par votre pharmacien

Libre

1 HIBIDL SOL 10X15ML UD BOTTELPACK	8.66	€
1 JELONET STER 10CMX10CM 10 7404	9.45	€
Sous total :	18.11	

(2 article(s) délivré(s)) **Tot: 18.11 €**
CZAM (Bancontact, MCash...) 18.11 €

Points total achats : 91

Nouveau solde : 630 points



Au revoir et à bientôt !

Votre pharmacien, votre conseiller !

SRL PHARMACIE MICHEZ

Rue Buissonnet, 3 7321 Bemissart

BCE : BE0834101515

Tit - MICHEZ Maxence

23-09-22

23-09-22 10:02

Vous avez été servi par votre pharmacien

377890

2 DAFALGAN PEDIATRIE 30MG/ML
SIROP FL 90ML

6.54

€

Sous total

6.54

€

377891

1 COTIVIT JUNIOR GUMMIES 30

16.90

€

Sous total

16.90

€

377892

1 FENISTIL 0.1% SOL BUVRABLE
1MG/ML GUTT 20ML

4.53

€

Sous total

4.53

€

377893

1 FENISTIL 0.1% SOL BUVRABLE
1M /ML GUTT 20ML

4.53

€

Sous total

4.53

€

377894

1 CETIRIZINE EQ COMP 20X10MG

6.84

€

Sous total

6.84

€

(5 article(s) délivré(s))

Tot: 39.34 €

Carte de crédit

39.34 €

Points total achats : 197

Nouveau solde : 376 points



Au revoir et à bientôt !

Votre pharmacien, votre conseiller !

Identification du patient :

Manouvrier, Wamck

509

1501153353

ATTESTATION DE PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES
REMBOURSABLES DANS LE CADRE D'UNE ASSURANCE
COMPLEMENTAIRE

N° INAMI du médecin : 1.67648.65.480

Nom du médecin prescripteur : HANS NADINE

PRODUITS DELIVRES

ORD N° 377892

CNK	Nom du produit	Prix (€)	
		Public	Payé
2565950	1 FENISTIL 0.1% SOL BUVRABLE	4.53	4.53
	1MG/ML GUTT 20ML		

Total

Total*

4.53

0.00

4.53

0.00

Date de délivrance : 23-09-22

Identification : Tit - MICHEZ Maxence

N° A/P de l'officine : 510902-0

Pharm BCE N° : BE0834101515

Signature du pharmacien

Cette attestation a été délivrée à la demande expresse du patient.

Attestation à transmettre à l'Institut National de Recherche relative aux prestations pharmaceutiques, systématiquement accompagnée du présent formulaire par l'assureur assurant l'assuré **SRL Pharmacie MICHEZ** 3/5

Les informations reprises dans cette attestation sont utilisées en vue de la gestion d'une assurance complémentaire de la vie et de la protection de la vie prévue par le règlement n° 1502/2007 du 20 février 2007 relatif à la gestion d'une assurance complémentaire de la vie. Vous disposez d'un droit de consultation et de rectification de vos données personnelles. Si vous désirez des informations au sujet du traitement de ces données, adressez-vous à la Commission de la protection de la vie privée.



MW201501151 22006787 I.M.T.R.



PROTOS-MEDICA

Rue Du Village 100
7850 MARCQ

Email : info@protosmedica.com
Tél. : 02/397.06.50 Fax : 02/397.06.58
N.E. : TVA BE 0463.328.616 Banque : 370-1059471-27
Iban - BIC : BE48 3701 0594 7127 - BBRU BE BB

Monsieur,
MANOUVRIER WARRICK
Rue Buissonnet 32/1
7320 BERNISSART

Technicien : MARCHAND PIERRE
N° INAMI : 1/6-28223-46-241 61075752115

0496 79.09.50

Ordre - 22006787

FACTURE - A220319

15/09/2022

Date fourniture : 12/08/2022

CODE	DESCRIPTION	QUANT.	PRIX U. (incl.)	% REMISE	TOTAL (Excl.)	TVA %
404280901	COLLIER CERVICAL ACTIMOVE S	1,00	32,50		30,66	6,00
TARIF		6 %	12 %	21 %	0 %	
BASE		30,66				
TVA		1,84				
			NET		30,66	EURO
			TVA		1,84	EURO
			TOTAL		32,50	EURO

1/1-1466/2001-12827/0001-1-1

M2804 FN (06-10)



Signature(s)
Handtekening(en)

**ORDRE DE VIREMENT
OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT**

02

Si complétée à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case
Bij invulling met de hand, één HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje

Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewenste uitvoeringsdatum in de toekomst

Montant / Bedrag **EUR** **CENT**
3 2 , 5 0

Compte donneur d'ordre (IBAN)
Rekening opdrachtgever (IBAN)

Nom et adresse donneur d'ordre
Naam en adres opdrachtgever

Compte bénéficiaire (IBAN)
Rekening begunstigde (IBAN)

BE48 3701 0594 7127

BIC bénéficiaire
BIC begunstigde

BBRUBEBB

Nom et adresse bénéficiaire
Naam en adres begunstigde

PROTOS - MEDICA SPRL
RUE DU VILLAGE 100
7850 MARCQ

Communication
Mededeling

2 2 0 0 6 7 8 7 - M A N O U V R I E R W . P