

FORMULAIRE SUIVI NUTRITION

L'ASSURE

A remplir par l'assuré

N° CAFAT: _____ N ° MDF : _____ Né(e) le ____/____/____
 Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 BP : _____ Code postal : _____ Commune : _____

J'atteste de l'exactitude des informations susmentionnées :

Signature de l'assuré

PRISE EN CHARGE DES CONSULTATIONS NUTRITION

A remplir par le professionnel de la nutrition

Nom et prénom du patient	_____		
Détail des consultations	Prix payé	Détail des consultations	Prix payé

**Signature du professionnel
attestant l'exécution des actes et le paiement**

Dans le cadre de ce traitement, la mutuelle collecte des données à caractère personnel.
 L'adhérent est invité à consulter la notice d'information, qui lui donnera de plus amples informations relatives à la protection de ses données, aux traitements effectués et aux droits qu'il estime utile d'exercer, conformément à la réglementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel, et en particulier la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.