**BON DE RETRAIT**

Dotation masques/visières

Nom/Prénom :

Numéro d’Ordre ou RPPS :

Date :

Signature du kinésithérapeute :

**Bon de retrait par un tiers**

Je soussigné(é)

nom/Prénom :

Numéro d’Ordre ou Numéro RPPS : autorise (monsieur ou madame) à retirer ma dotation

Date :

Signature du kinésithérapeute :