



Krinkels



Remboursement du vaccin antigrippe 2023

Renseignements travailleur

Nom:	Prénom:
Siège d'exploitation:	Division:
Date de naissance:	e-mail:
Tél.n°/gsm:	Signature

Médecin

Cette partie est exclusivement destinée au médecin, veuillez indiquer la date d'injection, à côté des coordonnées, svp.

Nom du médecin:	Date:
Cachet	Signature

Pharmacie

Cette partie est exclusivement destinée au pharmacien, veuillez indiquer la date d'achat du vaccin, ci-dessous, svp.

Nom de la Pharmacie:	Date:
Cachet	Signature

Veuillez rentrer ce document, complètement rempli avec les cachets nécessaires et les 3 signatures, au service du personnel. Si le formulaire est correctement et complètement rempli, il vous sera remboursé un montant forfaitaire de 15 euros lors de votre prochain salaire.