**Demande de participation aux frais de cure des patients muco.**

Nom       Prénom

Date de naissance

**Adresse**

Rue et n°

NPA       Localité

Cure effectuée du       au

Lieu de cure

La participation aux frais peut être versée sur le compte suivant :

Banque

Numéro de compte/IBAN

Nom du titulaire du compte

**Adresse du titulaire du compte**

Rue et n°

NPA       Localité

**Le patient ou l’assistante sociale**

Nom       Signature

Prénom

Lieu et date

**Attestation du médecin traitant**

Lieu et date       Signature et timbre

Ce document est à retourner dûment complété et signé par mail à [info@solidair.ch](mailto:info@solidair.ch) ou par courrier à : Association Solid’air, Case postale 350, 1997 Haute-Nendaz.

Nous vous remercions pour votre demande et vous contacterons dans les meilleurs délais.

**Association Solid’air**