

**FORMULAIRE GESTION DES INDUS DE MASSE - Professionnels de Santé**  
ATTENTION : Ce formulaire doit être joint à toute demande envoyée par courriel et courrier

**Avant toute demande :** Consultez votre courrier

**Identification du professionnel de santé**

Date : .....

**Numéro d'identification :** .....

Nom et prénoms : .....

Courriel : .....

┌ Votre cachet et votre n° d'identification ┐  
└──┘  
  
┌──┘  
└──┘

**Informations relatives à votre demande**

**Référence de la dette :** .....

**Montant de la dette :** .....

**Veillez cocher ci-dessous le motif de votre demande et nous transmettre toutes pièces justificatives nécessaire au traitement de votre dossier.**

**ATTENTION :** tous les documents joints à votre demande devront être transmis en format PDF et chaque fichier ne devra pas dépasser 5Mo

Règlement de la dette	Observation	Contestation	Autres à préciser
Par récupération sur flux (*) <input type="checkbox"/>		<b>A adresser par courrier à la Comission de Recours Amiable</b>	
Par virement ou paiement en ligne <input type="checkbox"/>			
Par chèque bancaire libellé à l'Ordre de Monsieur le Directeur Comptable et Financier de la CGSS <input type="checkbox"/>			

(\*) La récupération sur flux n'est pas un choix possible si vous êtes en activité hors du département ou en cessation.