

Règlement des honoraires dus au médecin agréé pour l'examen des agents du Conseil régional Nouvelle-Aquitaine par la **COMMISSION DÉPARTEMENTALE DE RÉFORME**

**ÉTAT DES SOMMES DUES**

**Informations relatives à l'agent**

*Cadre réservé au Conseil régional*

Nom : .....  
Prénom : .....  
Employeur : .....  
Date d'envoi de la lettre de convocation ou date du rendez-vous : .....

**Informations relatives au médecin agréé**

*Cadre réservé au médecin agréé*

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Date de l'examen : .....  
  
Honoraires : .....€

**Certifie sincère et véritable le présent état s'élevant à la somme de (en lettres) :**

.....  
Etabli le ..... Signature et cachet du médecin

**État à retourner complété au Conseil régional avec le compte rendu d'expertise.  
Joindre impérativement un RIB à la première demande ou en cas de changement de coordonnées bancaires.**

**Informations relatives au CDG saisi**

*Cadre réservé au Centre de Gestion saisi*

CDG saisi : .....  
Nom et prénom du gestionnaire référent : .....  
Date de réception de la saisine : .....

Cachet du Centre de Gestion saisi

**État à retourner complété accompagné du RIB du médecin (pour la 1<sup>ère</sup> demande ou changement de coordonnées bancaires) au Centre de Gestion de la Gironde**

Immeuble HORIOPOLIS – pôle instances consultatives - 25 rue du Cardinal Richaud – CS 10019 – 33049 Bordeaux cedex  
Télécopie : 05 56 11 94 44 - Courriel : instances@cdg33.fr