



Dispositif Ordonnances Vertes Bio

Commune de Prin-Deyrançon

Je soussigné(e).....

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme

Certifie avoir rencontré ce jour Mme

Née le.....

Atteste qu'elle est :

- Enceinte, à terme pour le
- En parcours de Procréation médicale assistée (PMA)

Et qu'elle peut bénéficier du dispositif « Ordonnance verte ».

Prescription établie à la demande de l'intéressé(e) et remise en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à le :

Cachet et signature du professionnel de santé	Adresse postale et adresse mail du professionnel de santé

Document à remettre à la mairie de Prin-Deyrançon pour bénéficier du dispositif.