Nom de la société: (ou clinique?)	Période : du 1er avril 20__ au 31 mars 20__

REGISTRE DE DÉTENTION DE SOMMES ET DE BIENS

Identification		
No dossier	Nom du patient	Identification*

Sommes ou biens reçus			
Date de réception	No de reçu	Somme(s) reçue(s) ou bien(s) reçu(s)	Fin de la réception de la somme ou du bien
		Total :	

Sommes débités ou biens remis		
Date du retrait ou de la remise	Somme(s) retirée(s) ou bien (s) remis	Fin pour laquelle le retrait ou la remise est effectué
	Total :	

Solde du 1er avril au 31 mars (Total des sommes reçues - total des sommes retirées) :

INFORMATIONS BANCAIRES SI DÉTENTION DE SOMMES -*Identification : Banque 1	
Nom de l'établissement financier 1 :	xxx
No. de succursale :	xxx
No. de compte :	xxx
Nom du titulaire du compte :	xxx

INFORMATIONS LIEU PHYSIQUE SI DÉTENTION DE BIENS - *Identification : Clinique 1	
Nom de la clinique 1 :	xxx
Adresse :	xxx
Ville, Province, Code postal :	xxx
Téléphone	xxx
Courriel	xxx