

**SUBROGATION**

Conformément à la réglementation en vigueur l'Assuré Social ci-après désigné :

**NOM et Prénom** : .....  
(Pour les femmes mariées indiquer le nom de jeune fille suivi s'il y a lieu, de  
épouse X...)

**ADRESSE** : .....  
.....  
.....

Numéro d'Immatriculation : .....

déclare expressément subroger dans ses droits aux prestations le **LACTARIUM  
de MARMANDE** pour la fourniture de..... **x 100 grammes d'extrait sec** de  
lait humain délivré le.....

Fait à ..... Le .....

Signature de l'Assuré :

-----  
**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

*Nom et Numéro d'identification du Médecin Prescripteur :*

.....

*NOM, Prénom et Qualité du Bénéficiaire :* .....

.....

*NOM et ADRESSE de votre Caisse d'Assurance Maladie :* .....

.....

.....