

Facture n° XXX du XX/XX/XXXX
Note d'honoraires

NOM PRENOM

Metier

Adresse
Code Postal
N° facturation PS : XXXXXX
RPPS : XXXXX

Destinataire:
SISA les professionnels de santé Dolusiens
99 route de l'écuissiere
17550 Dolus

Date	Description	Montant
XXXX	Participation forfaitaire à la SISA	XXX,XX €

TOTAL : XXX,XX €