

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 €