**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 €