

FACTURE

PSYCHOLOGUE EN EXERCICE LIBERAL

Nom / Prénom
Adresse
Adresse
Téléphone
E-mail
N° SIREN/SIRET :
N° ADELI :

Date : JJ/MM/AAAA

Nom du patient :

Quantité 12 consultations maximum	Dates des Consultations	Présence en séance (Cocher)		RDV non honoré Jusqu'à 3 sont payables	Prix Total HT 32 € par consultation
		Jeune	Parent		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
TOTAL :					

- Je confirme que le jeune a été évalué par un médecin évaluateur du dispositif avant les consultations.
 Je confirme que la fiche de consentement a été dûment rempli et signé par toutes les parties.

Facture en euros. TVA non applicable

Signature :

Total H.T :

Total :

En votre aimable règlement,

Bien cordialement

