**MODÈLE DE FACTURE MÉDICALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DE L’ENTREPRISE** | **VOTRE LOGO** |
| Ligne d'adresse 1 |  | **N° DE FACTURE** |   |
| Ligne d'adresse 2 |  | **IDENTIFIANT DU PATIENT** |   |
| Ville, État 12345 |  | **DATE DE LA SVC** |   |
| Téléphone : (000) 000-0000 |  | **Date de la facture** |   |
| FAX (000) 000-0000 |  | **DATE D’ÉCHÉANCE** |   |
| ADRESSE WEB |  |  |  | FACTURE MÉDICALE |
|  |  |  |  |  |  |
| **Facturer** |  | **Identifiant SVC** | **SERVICE MÉDICAL** | **MÉDICAMENTS** | **COÛT** |
| Nom |  |   |   |   |  |
| [AUTRE NOM] |  |   |   |   |  |
| LIGNE D'ADRESSE 1 |  |   |   |   |  |
| LIGNE D'ADRESSE 2 |  |   |   |   |  |
| VILLE/ÉTAT/CODE POSTAL |  |   |   |   |  |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |  |   |   |   |  |
| E-mail |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
| *En cas de questions concernant ce devis, veuillez contacter :* |  |   |   |   |  |
|  | Modalités |   | **SOUS-TOTAL** | 0,00 |
| Nom |  |  | entrez le pourcentage **TAUX DE TAXE** | 0,000% |
| (321) 456-7890 |  | **TOTAL DE LA TAXE** | 0,00 |
| Adresse e-mail |  | **AUTRE** | 0,00 |
| ADRESSE WEB |  | **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **EXCLUSION DE RESPONSABILITÉ**Tous les articles, modèles ou informations proposés par Smartsheet sur le site web sont fournis à titre de référence uniquement. Bien que nous nous efforcions de maintenir les informations à jour et exactes, nous ne faisons aucune déclaration, ni n’offrons aucune garantie, de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite, quant à l’exhaustivité, l’exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité du site web, ou des informations, articles, modèles ou graphiques liés, contenus sur le site. Toute la confiance que vous accordez à ces informations relève de votre propre responsabilité, à vos propres risques. |