**MODÈLE DE FACTURE MÉDICALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DE L'ENTREPRISE** | **VOTRE LOGO** |
| Adresse Ligne 1 |  | **N° DE FACTURE** |   |
| Adresse Ligne 2 |  | **IDENTIFIANT DU PATIENT** |   |
| Ville, État 12345 |  | **DATE DU SVC** |   |
| Téléphone: (000) 000-0000 |  | **DATE DE FACTURATION** |   |
| Télécopieur : (000) 000-0000 |  | **DATE D'ÉCHÉANCE** |   |
| adresse Web |  |  |  | FACTURE MÉDICALE |
|  |  |  |  |  |  |
| **FACTURER À** |  | **SVC ID** | **SERVICE MÉDICAL** | **MÉDICAMENT** | **COÛT** |
| [ NOM ] |  |   |   |   |  |
| [ NOM SUPPLÉMENTAIRE ] |  |   |   |   |  |
| [ ADRESSE LIGNE 1 ] |  |   |   |   |  |
| [ ADRESSE LIGNE 2 ] |  |   |   |   |  |
| [ VILLE, ÉTAT, ZIP ] |  |   |   |   |  |
| [ TÉLÉPHONE ] |  |   |   |   |  |
| [ COURRIEL ] |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
| *Pour toute question concernant cette facture, veuillez contacter :* |  |   |   |   |  |
|  | PETITS CARACTÈRES |   | **SOUS-TOTAL** | 0.00 |
| Nom |  |  | entrez le pourcentage **de taux d'imposition** | 0.000% |
| (321) 456-7890 |  | **TOTAL DE L'IMPÔT** | 0.00 |
| Adresse courriel |  | **AUTRE** | 0.00 |
| Adresse Web |  | **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **DÉMENTI**Tous les articles, modèles ou informations fournis 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 correctes, nous ne faisons aucune déclaration ou garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite, quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la fiabilité, la pertinence ou la disponibilité en ce qui concerne le site Web ou les informations, articles, modèles ou graphiques connexes contenus sur le site Web. Toute confiance que vous accordez à ces informations est donc strictement à vos propres risques. |