****

**MODÈLE DE FACTURE MÉDICALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VOTRE LOGO** |  | FACTURE MÉDICALE |
| Nom de l’entreprise |  |  | **DATE DE LA FACTURE** |
| 123, rue Main |  |  |  |
| Hamilton, OH 44416 |  |  | **N° DE FACTURE** |
| (321) 456-7890 |  |  |  |
| Adresse e-mail |  |  | **DATE D’ÉCHÉANCE** |
|  |  |  |  |
| **FACTURER POUR** |  |  | **MONTANT DÛ** |
| À L’ATTENTION DE : Nom/Service |  |  |  |
| Nom de l’entreprise |  |  |  |
| 123, rue Main |  |  |  |
| Hamilton, OH 44416 |  |  |  |
| (321) 456-7890 |  |  |  |
| Adresse e-mail |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION** | **TOTAL** |
|  |  |
| **SOUS-TOTAL** |  |
| **AUTRE** |  |
| **TOTAL** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REMETTRE LE PAIEMENT À** |  | **CONDITIONS GÉNÉRALES** |
| À L’ATTENTION DE : Nom/Service |  | • Versez le paiement dans les \_\_\_\_\_\_\_ jours suivant la réception de la facture. |
| Nom de l’entreprise |  | **•** Des frais de \_\_\_\_\_\_\_ % seront appliqués par jour pour les factures tardives. |
| 123, rue Main |  |  |
| Hamilton, OH 44416 |  |  |

|  |
| --- |
| MERCI |
|  |  |  |  |
| *En cas de questions concernant ce devis, veuillez contacter* |
| Nom, (321) 456-7890, Adresse électronique |
| www.votresiteinternet.com |

|  |
| --- |
| **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. |