

Prénom et Nom

**NATUROPATHE (ou PRATICIEN DE SANTE NATUROPATHE)**

Membre Professionnel de l'OMNES sous le numéro : \_\_\_\_\_

Code APE 8690 F (ou autre) – N° \_\_\_\_\_

Adresse : ..... Tél. : .....

**OU TAMPON THERAPEUTE**

## Note d'honoraires N° (numéroter vos notes et en garder une copie)

*Conformément à l'arrêté n° 83-50/A du 3 Octobre 1983 relatif aux prix et de tous les services*

**A l'attention de M (nom et prénom du consultant)**

**NOM Compagnie et N° Assurance Complémentaire ou Mutuelles: (à remplir par le consultant)**

---

*Ce document ne peut en aucun cas être assimilé à une facture de soins médicaux donnant lieu à remboursement par un organisme de Sécurité Sociale. Le montant indiqué et facturé ci-dessous est non assujéti à la TVA.*

**Consultation de Naturopathie du : (date)**

**Montant Total : 00,00 €\* net TVA non applicable, art. 293 B du CGI**

**(\* si TVA non applicable rajouter mention ci-dessus)**

**Réglé par**

**chèque**

**espèces**

Signature