

Prénom et Nom

NATUROPATHE (ou PRATICIEN DE SANTE NATUROPATHE)

Membre Professionnel de l'OMNES sous le numéro : _____

Code APE 8690 F (ou autre) – N° SIRET : _____

Adresse _____ - Tél. :

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:

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 assujetti 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)

Signature