

**De :**

# FACTURE

NOM DE LA PHARMACIE

Adresse postale

Code postal, ville

Téléphone :

SIRET :

FACTURE N° .....

DATE : .....

**A :**

SYNAPSE

139 Boulevard de Sébastopol

75002 Paris FRANCE

Email : facturation-agenda@medadom.com

**TYPE DE VENTE : PRESTATION DE SERVICES**

*PRISE EN CHARGE AGENDA DE TELECONSULTATION DUREE 6 MOIS*

DESCRIPTION	QUANTITÉ (EN MOIS)	PRIX UNITAIRE HT	TOTAL
Refacturation Agenda Doctolib <i>Pour la période de ..... A .....</i>	6	158,33€	950,00€
SOUS-TOTAL HT			<b>950,00€</b>
TVA			20%
TOTAL TVA			190,00€
TOTAL DÛ TTC			1140,00€

Cette facture doit être adressée à l'adresse [facturation-agenda@medadom.com](mailto:facturation-agenda@medadom.com) accompagnée :

- De votre RIB
- Des factures Doctolib acquittées sur la période de prise en charge