

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	950,00€
		TVA	20%
		TOTAL TVA	190,00€
		TOTAL DÛ TTC	1140,00€

Cette facture doit être adressée à l'adresse facturation-agenda@medadom.com accompagnée :

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