

FACTURE

[Nom du cabinet ou du praticien]

[Adresse complète du cabinet]

SIRET : [Numéro SIRET]

RPPS : [Numéro RPPS]

[Téléphone] · [Email professionnel]

Facture n° [2026-001] Date : [JJ/MM/AAAA]

Patient Nom et prénom : [Prénom Nom] Adresse : [Adresse complète] Email : [Email du patient, si utile]	Consultation Date de consultation : [JJ/MM/AAAA] Référence dossier : [Optionnel]
--	---

Prestation

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Total
Consultation d'ostéopathie	1	[Montant]	[Montant]
[Ligne complémentaire si besoin]			
		Total TTC	[Montant total] €

Règlement

Statut	[Réglée / en attente]
Moyen de paiement	[Carte / espèces / chèque / virement]
Date de règlement	[JJ/MM/AAAA]
Signature / cachet	[À compléter si utile]