

Année-mois-jour

Nom de la clinique :

Nom du podiatre :

Adresse :

Téléphone :

REÇU DE DÉTENTION D'UNE SOMME

No. du reçu: XXX

Reçu émis au nom de: XXX

Coordonnées du patient :

No. de dossier: XXX

Date de réception de la somme:

Somme reçue: **0 \$**

Fin de réception de la somme: XXX

No. TPS (le cas échéant) XXX

No. TVQ (le cas échéant) XXX

Signature

Nom du signataire (podiatre ou personne autorisée)

