FACTURE

Facturé à : Équipe Médicale inc.
3557 Ashby Montréal, Qc H4R 2K3

Facturé par
Prénom:

Nom:

Adresse:

Téléphone:

NAS:

Informations bancaire
Institution:

Transit:

Compte/Folio:

Date :

Effacer les données

Type de service fournis :

Description (nom de l'évènement)	Heures	Taux /1h	Coût total
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $

Autres Dépenses	Qté	Coût	Coût total
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
			0.00 $
		Total	**0.00 $**

Envoyer

Terme: Net 30 jours