



Saint-Louis
Réseau
Sein

FICHE D'HONORAIRES

DIETETICIEN(NE) *

PSYCHOLOGUE *

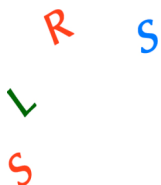
(*) Merci de nous préciser votre profession

Je soussigné(e), _____, avoir
vu Madame _____ née le
_____ en consultation le _____ dans le cadre de sa
prise en charge financée par Saint-Louis Réseau Sein.

A ce titre, je vous remercie de bien vouloir m'adresser la somme de 40
euros en règlement de mes honoraires.

Date et Signature :

Tampon :



Saint-Louis Réseau Sein

Hôpital Saint-Louis / Centre des Maladies du Sein
1 avenue Claude Vellefaux – 75475 PARIS cedex 10
Secrétariat Saint-Louis-Réseau-Sein : Charlotte LENA
Téléphone : 01.42.49.47.48

E.mail : saint-louis.reseau-sein@sls.aphp.fr / contact@saint-louis-reseau-sein.org

