

## Devis Dentaire - Modele vierge

## PRESTATAIRE

Cabinet Dentaire [Votre Cabinet]  
SIRET : [Votre numero ADEL + SIRET]  
Adresse : [Votre adresse]  
Tel : [Votre telephone]

## CLIENT

[Nom du patient]  
Adresse : [Adresse du patient]  
Tel : [Telephone client]  
Email : [Email client]

DESIGNATION	UNITE	QTE	PU HT	TOTAL HT
Detartrage + polissage	seance	1	60,00 EUR	60,00 EUR
Obturation composite (carie)	dent	2	110,00 EUR	220,00 EUR
Devitalisation molaire (endodontie)	dent	1	220,00 EUR	220,00 EUR
Couronne ceramique CCM panier maitrise	dent	1	500,00 EUR	500,00 EUR
Radiographies retro-alveolaires	cliche	2	35,00 EUR	70,00 EUR
Anesthesie locale	seance	3	30,00 EUR	90,00 EUR

Total HT 1 160,00 EUR

TVA non applicable (medical) 0,00 EUR

**Total TTC 1 160,00 EUR**

Conditions : Reglement : remboursement Securite Sociale + Mutuelle. Reste a charge selon couverture. Devis valable 30 jours.

Bon pour accord - Le client  
(Date et signature)

Le prestataire  
(Date et signature)