

Devis Orthodontie - Modele vierge

PRESTATAIRE

Cabinet d'Orthodontie [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
Consultation initiale + examen clinique	forfait	1	65,00 EUR	65,00 EUR
Bilan + radiographie panoramique numerique	forfait	1	110,00 EUR	110,00 EUR
Empreintes numeriques 3D + plan de traitement	forfait	1	320,00 EUR	320,00 EUR
Forfait semestriel bagues ceramique	semestre	3	1 200,00 EUR	3 600,00 EUR
Depose appareil + contention fixe collee	forfait	1	350,00 EUR	350,00 EUR
Gouttiere de contention nocturne (par machoire)	unite	2	175,00 EUR	350,00 EUR

Total HT 4 795,00 EUR

TVA non applicable (acte medical) 0,00 EUR

Total TTC 4 795,00 EUR

Conditions : Reglement : par semestre. Forfait SS TO 90 (193,50 EUR/sem.) reserve aux patients de moins de 16 ans, max 6 semestres. Demande d'entente prealable obligatoire avant traitement. Devis valable 90 jours.

Bon pour accord - Le client
(Date et signature)

Le prestataire
(Date et signature)