

# DEVIS

**Bénéficiaire de l'acte :**

**Nature de l'acte :** Traitement de l'hyperhidrose ou transpiration excessive au niveau des aisselles.

**Zone de traitement :** Aisselles

**Prévu le :**

**Anesthésie :** oui (locale)

**Honoraires médicaux :**

Acte réalisé par le Docteur \_\_\_\_\_ sur le lieu d'exercice professionnel du Centre Laser Médical Lyon Ouest au 13, Avenue Victor HUGO, 69160 TASSIN LA DEMI LUNE.

**Devis établi et remis-le :**

Etabli à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

**Signature du patient :**