

DEVIS

Bénéficiaire de l'acte :

Nature de l'acte : Traitement des amas graisseux par laser « **LE SCULPSURE** ».

Zone de traitement :

Prévu le :

Anesthésie : Non

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 :