

ENTENTE FINANCIÈRE

établie entre
le Docteur fouilla
et Melle – Mme - Mr

Afin de permettre au plus grand nombre de nos patients de réaliser les traitements nécessités par leur état dentaire, notre cabinet a mis au point un système d'ententes financières. Ce système a été élaboré d'après les observations faites par un échantillon représentatif de nos patients.

Concernant plus particulièrement la réalisation de votre traitement et faisant suite à notre entretien sur ce point, l'entente financière suivante est établie :

Je, " _____ " ou "responsable légal" m'engage à régler la somme de "Montant total du traitement" au **Docteur fouilla** pour le traitement dentaire proposé ci-dessus, suivant le plan de financement et le calendrier ci-après :

1 ^{er} acompte	Date :	Montant :
2 ^{ème} versement	Date :	Montant :
Solde	Date :	Montant du dernier versement :

« Ville », le

Signature du Praticien

Signature du Patient