

## FACTUUR PEDICURE

### Identificatie van de patiënt

Kleef hier de blauwe klever

Datum van de verstrekking	Betaald bedrag	Handtekening verstrekker

### In te vullen door de verstrekker

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

H.R.: \_\_\_\_\_ B.T.W.: \_\_\_\_\_

### In te vullen door de rechthebbende

Ik verklaar bovenvermelde verzorging ontvangen te hebben.

Datum:

Handtekening: