



Objet : *Accompagnement financier*

Date :

Bénéficiaire

---

Adresse

---

Praticien

---

Adresse

---

**GARAZI EN ROSE**

26 avenue Renaud 64220 Saint-Jean-Pied-de-Port – soinsdesupport@garazienrose.com  
contact@lifeisrose.fr – www.lifeisrose.fr



**PRISE EN CHARGE CONJOINTE**

Avec l'accord du *Bénéficiaire*, et selon le protocole convenu ci-après :

Tarif habituel/ séance : .....

Tarif réduit pratiqué /séance : .....

Nombre de séances : .....

Participation Life is Rose .....

Participation Garazi en Rose : .....

Total de la prise en charge : .....

Restant à charge du *Bénéficiaire* : .....

- Cette aide pourra être prolongée après demande motivée du *Praticien* et du *Bénéficiaire* .Le reste à charge est à régler après chaque séance directement au *Praticien*.
- Afin de respecter les engagements moraux et financiers, pris au terme de ce contrat, toute annulation devra être signifiée au *Praticien* dans les meilleurs délais. Et le dît rendez-vous reporté.
- Deux séances non honorées sans avoir prévenu le *Praticien*, entraineront l'annulation du contrat associatif. Il restera à discrétion du *Praticien* de réclamer le reste à charge au *Bénéficiaire*.

A : ..... Le : .....

Signatures et cachets :

Praticien

LIFE IS ROSE

Bénéficiaire

Garazi en Rose