



26 avenue Renaud 64220 Saint Jean Pied de Port- contact@garazienrose.com

Isabelle: 0609408301

La bénéficiaire

Nom-prénom.....

Adresse.....

Numéro de téléphone.....

Mail.....

Le professionnel de soins de support

.....
Prestation
.....

PRISE EN CHARGE GARAZI EN ROSE

Tarif habituel:

Tarif réduit pratiqué :

Participation éventuelle à déduire (CPAM, mutuelle):.....

Total:

Participation Garazi en Rose :

- Cette aide pourra être renouvelée après accord de Garazi en Rose.
- Toute annulation de rendez-vous devra être signalée au plus vite.

A :

Le :

Signatures:

Le professionnel de soins de support

La bénéficiaire