



E. RÉCAPITULATIF DE MES FACTURES MÉDICALES IMPAYÉES							REMARQUES
	DATE	FURNISSEURS	OBJET	MONTANT PRINCIPAL	SOLDE REDÛ		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							



RÉCAPITULATIF DE MES FACTURES MÉDICALES IMPAYÉES							REMARQUES
	DATE	FURNISSEURS	OBJET	MONTANT PRINCIPAL	SOLDE REDÛ		
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
TOTAL DES FACTURES MÉDICALES IMPAYÉES							