|  |  |
| --- | --- |
| **[Votre nom]***[votre numéro d’assurance social]**[Votre courriel)*[ADRESSE][VOTRE VILLE], QC [VOTRE CODE POSTAL]T. [VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE] | **FACTURE** |
| **INVOICE:** [VOS INTIAL]**DATE :** [DATE] |

|  |  |
| --- | --- |
| **À :****NESSS****1335, rue du Valais****Saint-Adèle, QC J8B 1Y5** | **POUR :** [ RAISON : EX. EVENEMENT L’OREAL …] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPTION** | **HEURES** | **TAUX**  | **MONTANT** |
|  |  |  |  |
| [description] | 4 | 25$ | 100.00$ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Total | 100.00$ |
|  |  | TPS | 0 |
|  |  | TVQ | 0 |
|  | TOTAL | 100.00$ |

Toutes les factures seront payé par transfert bancaire.