

M^{me} / Mr. Prénom : Nom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

E-mail : Tél. :

Inscription et renseignements : JBH Santé - E-mail : la@jbsante.fr • Site : jbsante.com*Un fichier informatique est établi conformément aux recommandations de la CNIL.**Ce fichier personnel est accessible pour droit de rectification.**Toute demande d'annulation devra être formulée avant le 26 janvier 2022 pour obtenir le remboursement.**Du 27 janvier au 23 février, une retenue de frais de gestion de 120 euros sera effectuée.**Une demande d'annulation après le 23 février ne pourra obtenir de remboursement.***Tarif hybride** (accès au présentiel et au virtuel)
 Ophthalmologiste 380 €
 Interne, CCA 190 € (sur justificatif)
 Orthoptiste 120 € (sur justificatif)**Tarif digital** (accès au virtuel)
 Ophthalmologiste 100 €
 Interne, CCA 60 € (sur justificatif)
 Orthoptiste 40 € (sur justificatif)**Total :** € TTC**Règlement par chèque à l'ordre de JBH Santé**Pour adresser cette fiche avec votre règlement :
voir au dos

Adresser cette fiche avec votre règlement à :

J.B.H. Santé - Libre réponse 10342**75 142 Paris Cedex 03****(à recopier sur l'enveloppe - Ne pas affranchir)**