

<b>REÇU</b>					
<b>REÇU</b>					
<b>NOM DU SOIGNANT NON PROFESSIONNEL</b>			<b>DATE DE PAIEMENT</b>		
<b>N° D'ASSURANCE SOCIALE DU SOIGNANT NON PROFESSIONNEL</b>			<b>MONTANT PAYÉ</b>		\$
<b>NOM DU CLIENT</b>					
<b>DESCRIPTION DES SERVICES (Y COMPRIS LES DATES AUXQUELLES LES SERVICES ONT ÉTÉ FOURNIS)</b>					