

Cabinet Dentaire Capelette
78 boulevard Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
04 91 79 85 82
contact@superdentiste.com

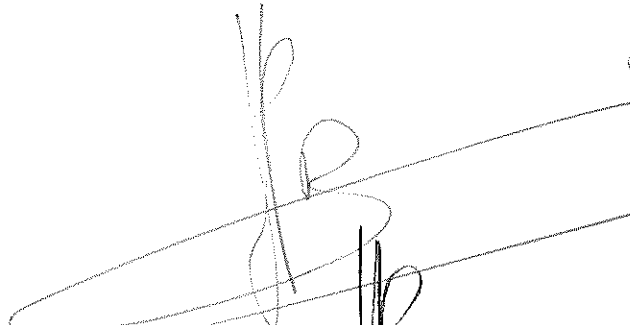
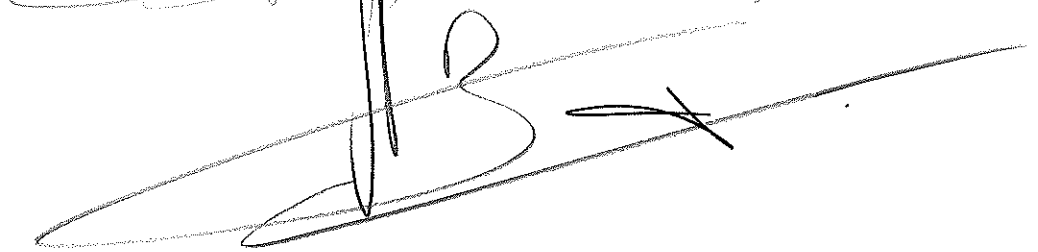
MARSEILLE, le 06/09/2024

Docteur ELSA ESKENAZI SOLAL

Je soussigné M. BENVENISTE JACQUES, né(e) le 12/09/1956 déclare avoir reçu une somme de 1635 € (mille six cent trente cinq euros) en un chèque n° établi par le Docteur ELSA ESKENAZI SOLAL, Chirurgien-Dentiste.
Je considère comme définitivement réglées les difficultés ayant existé entre moi-même et le Docteur ESKENAZI SOLAL et sous réserve du bon encaissement de ce chèque.
Par la présente, je me désiste de toute instance ordinale et judiciaire et de toute action à l'encontre du Docteur ESKENAZI SOLAL me déclarant ainsi entièrement satisfaite de l'aboutissement de la conciliation ; aussi, j'en donne par la présente bonne et valable quittance au Docteur ESKENAZI SOLAL.

Fait à Marseille, en 2 exemplaires, le 06/09/2024,

Signature Patient :

Signature Praticien :

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

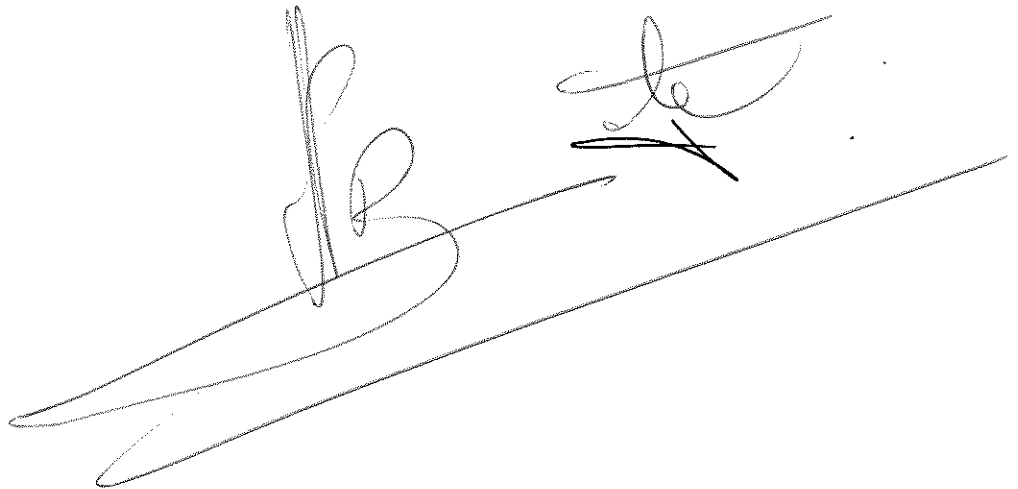
ATTESTATION PATIENT RESTITUTION DOSSIER MEDICAL

MARSEILLE, le 06/09/2024

Je soussigné(e) JACQUES BENVENISTE atteste avoir fait la demande de restitution de mon dossier médical auprès du Cabinet Dentaire Capelette et certifie qu'il m'a été remis en main propre ce jour, comprenant le cas échéant :

- ☐ l'impression papier du dossier médical
- ☒ l'impression papier du (des) cliché(s) radiographique(s) (panoramique et/ou tomographie volumique ...)

Signature du patient ou du responsable légal
JACQUES BENVENISTE

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to Jacques Benveniste, is written over the signature line. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.