

**DEMANDE DE RESILIATION
D'UNE LOCATION DE MATERIEL MEDICAL**

**Partie à compléter par le résident ou sa famille et à remettre au
pharmacien ou au fournisseur d'appareillage.**

Je soussigné(e) Madame/Monsieur,
né(e) le/...../.....
admis(e) le/...../.....
à la Maison de Retraite, situé.....

Demande la récupération par vos soins du matériel médical que vous me louez actuellement.

Ce matériel devra être retiré à l'adresse suivante :

.....
.....
.....

Date :

Signature :

Partie à compléter par le fournisseur d'appareillage ou le pharmacien

Je soussigné(e),
pharmacien /fournisseur d'appareillage, m'engage à récupérer en date du /..... /.....
le matériel médical loué à Madame/Monsieur..... et à cesser toutes
facturations à l'Assurance Maladie

Date :

Signature :

*Document dûment complété et signé, à retourner à
L'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*