

## ANNEXE 6

EHPAD EUGENIE DUN SUR MEUSE	<b>FORMULAIRE RESILIATION DE LA LOCATION DE MATERIEL MEDICAL A DOMICILE</b>	ENR/PAA/006
Processus prise en charge du résident		VERSION : N°1
		DATE D'APPLICATION : 01.04.2021



### 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.*