



DESIGNATION DE L'AMBULANCIER

JE SOUSSIGNE(E) (Nom du Résident ou Représentant légal) : _____

Désigne comme Ambulancier préférentiel : (1 seul choix possible)

Amb. BECHAMPS LOLLIER -

47 rue Jean Baptiste Collin 55700 STENAY

Tél. : 03.29.84.55.57

Amb. CHEVANCE -

62 route Principale 55700 INOR

Tél. : 03.29.80.27.27

Amb. CLAUDON -

rue Albert 1^{er} 55600 MONTMEDY

Tél. : 03.29.80.12.26

Amb. DELSAUT -

27 rue Principale 55700 BEAUCLAIR

Tél. : 03.29.80.68.06

Amb. IORI -

3 Avenue de Verdun 55150 DAMVILLERS

Tél. : 03.29.85.60.25

Taxi du Nord Meusien (transport assis) -

13 rue Petite Fontaine 55700 LANEUVILLE S/ MEUSE

Tél. : 03.29.80.41.44

Autre (à préciser)

.....

Date :

Signature :