

ANNEXE 6

EHPAD DUN SUR MEUSE	FORMULAIRE DE RESILIATION D'UNE LOCATION DE MATERIEL MEDICAL A DOMICILE		Assurance Maladie Grand Est	
	Date d'application : 01/04/2023	Référence : EHPAD/PPA/2023/DOC	N° de version : 01	Pages : 1/1



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.*