



## Location de matériel sanitaire

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse E-mail	

A compléter par le médecin	
Identification du médecin prescripteur:	
Nom	
Numéro INAMI	

Je, soussigné(e) Dr. \_\_\_\_\_, déclare que le matériel sanitaire (nom du matériel) \_\_\_\_\_ est indispensable.

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin: