

COMPLEMENT ADMINISTRATIF

I verso/...

INTERVENANTS	Paraphe	Nom et adresse
CABINET INFIRMIER		
MEDECIN TRAITANT		
PHARMACIE		
LABORATOIRE		
KINESITHERAPEUTE		
AIDE-MENAGE		
AVS		
Orthophoniste		
Pédicure		

MATERIEL MEDICAL

TYPE DE MATERIEL	PRESTATAIRE	LOCATION - ACHAT/ date et durée	Achat non remboursable