

ENTRETIEN DES FAUTEUILS ROULANTS - SAT HJR

	DATE DE LA DEMANDE	ADRESSE DE CENTRE	PERSONNE À CONTACTER			TELÉPHONE	DATE DE LA CLINIQUE DE RÉPARATION
	NOM	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	DATE D'EXPIRATION	# DOSSIER HJR	MARQUE FR	NO DE SÉRIE DU FAUTEUIL	TYPE DE RÉPARATIONS REQUISES
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							