

GMF du Grand-Portage



- Clinique médicale Frontenac 418-862-0333
- Clinique médicale Cacouna 418-862-2170
- Clinique médicale St-Antonin 418-860-0666
- CLSC St-Épiphane 418-868-1000

PROMESSE DE RETOUR

Par la présente, je, _____, m'engage à remettre le MAPA en bon ordre à la date indiquée ci-dessous. Il est entendu que je devrai verser la somme de 3 000.00\$ si je ne remets par l'appareil comme prévu.

Signature du patient : _____

Date : _____

Numéro de l'appareil : _____

Date de retour prévue : _____

Date de retour réelle : _____

Signature du patient au retour : _____

Signature de l'infirmière : _____