

FORMULAIRE TENTE DE LIT AVEC OUVERTURE LÈVE-PERSONNE [TL-2813]



Montréal : 450-504-9961
Extérieur : 1-877-633-4209
1-877-MEDIC09

ERGO

CLSC :

Nom :

Prénom :

Tél. :

Courriel :

BÉNÉFICIAIRE

Nom :

Prénom :

Tél. :

Adresse :

REPRÉSENTANT

Nom complet :



OUVERTURE LÈVE-PERSONNE TOUJOURS INCLUS

INFORMATIONS

Marque du lit :

Dimensions 36 po x 80 po x 50 po de haut

39 po x 80 po x 50 po de haut

Ridelles pleine longueur

demi-ridelles

Longueur des ridelles :

Hauteur des ridelles :

Date : _____ Représentant : _____ Ergothérapeute : _____

NOTES ET SPÉCIFICATIONS

Ensemble de coussins de protection inclus.



* Joindre une photo
des ridelles