Pharmacie
Aigues-Mortes

FICHE LOCATION

Location de matériel médical

Type d'appareil : _____

Fournisseur :

☐ **PHARMACIE (N° _____)** ☐ **KIMED** ☐ **PHARMAT**

Nom : _____

Prénom : _____

Date de sortie : _____ **DURÉE :** _____

Date de retour : _____

Caution : ☐ **OUI** / ☐ **NON**