



Programme TIRE-LAIT POUR PRÉMA

Contrat d'engagement

Date du prêt _____

Date de transfert _____

Date de fin/congé _____

DDN du bébé _____

DPA _____

Établissement CHUS, Hôpital Fleurimont, Sherbrooke

Numéro du Tire-Lait _____ Medela Symphony

Adressographier la carte d'hôpital du bébé

Scanner et envoyer une copie à

info@premaquebec.ca

Information du parent signataire

Nom complet _____

Adresse postale _____

Numéro de téléphone _____

Courriel de la mère _____

Courriel du père (si disponible) _____

Engagement

Je confirme avoir pris possession d'un ensemble de tire-lait en date d'aujourd'hui et m'engage à le rapporter en suivant les instructions données par Préma-Québec à la fin de l'hospitalisation du bébé.

Je m'engage à garder l'équipement en bonne condition générale et à suivre toute recommandation émise par l'équipe soignante ou par Préma-Québec concernant l'utilisation adéquate du tire-lait.

Dans l'éventualité où l'équipement semble nécessiter quelques réparations que ce soit, je m'engage à contacter Préma-Québec dès que possible et à suivre leurs instructions pour permettre la maintenance, la réparation ou le remplacement du tire-lait.

Je suis informé que l'équipement indiqué dans la grille ci-haut est et restera la propriété de Préma-Québec pendant toute la durée du prêt, et ce même si d'autres produits m'ont été remis gratuitement au moment du prêt.

Initiales

Signatures

Personnel hospitalier

Parent signataire

Signature

Signature

Nom et fonction

Nom et lien avec le bébé



Visitez-nous
150, rue Grant bur. 305,
Longueuil, QC J4H 3H6



Contactez-nous
1.888.651.4909



Écrivez-nous
info@premaquebec.ca