



# Programme **TIRE-LAIT POUR PRÉMA**

## Contrat d'engagement

Date du prêt \_\_\_\_\_

Date de transfert \_\_\_\_\_

Date de fin/congé \_\_\_\_\_

DDN du bébé \_\_\_\_\_

DPA \_\_\_\_\_

Établissement Hôpital Pierre-Boucher, Longueuil

Numéro du Tire-Lait \_\_\_\_\_ Ameda Elite

Adressographier la carte d'hôpital du bébé

Scanner et envoyer une copie à

[info@premaquebec.ca](mailto: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

**PRÉMA-  
QUÉBEC**



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



Contactez-nous  
1.888.651.4909



Écrivez-nous  
[info@premaquebec.ca](mailto:info@premaquebec.ca)