

PRESCRIPTION POUR VÊTEMENTS ET CHAUSSURES ADAPTÉS

La présente atteste que madame/monsieur : _____

A besoin de vêtements & chaussures adaptés, pour une durée permanente.

Nom de l'établissement : _____

No de la chambre : _____

Signature du médecin : _____

No de permis : _____

Date : _____

SVP, remettre cette prescription à votre conseillère de Distribution Dominique Lemay ou aux adresses suivantes :

Par télécopieur au : **(450) 478-6299**

Par courriel à : **info@distributiondlemay.ca**

Par courrier au : **10460, rue Villeneuve Terrebonne QC J7M 1S7**

Pour informations veuillez nous contacter au :

☎ (450) 478-5959 sans frais 1 (844) 478-5959

Prendre note que nous conservons votre prescription dans nos dossiers, vous n'avez pas besoin de la renouveler à chaque année.