

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

**PHOTOTHÉRAPIE À DOMICILE
PRÊT D'ÉQUIPEMENT – « *BILISOFT* »**

ENTENTE / ENGAGEMENT

1. L'appareil de photothérapie « *Bilisoft* » appartient au centre hospitalier sélectionné ci-haut et il est prêté gratuitement.
2. Je m'engage à en faire un usage normal.
3. L'appareil de photothérapie « *Bilisoft* » doit être remis lorsque son usage n'est plus requis.
4. S'il m'arrivait de perdre, de briser, de faire un usage indu ou négligent de l'appareil de photothérapie « *Bilisoft* », les coûts de remplacement de la valeur à neuf ou de réparation seront à ma charge.
5. **Photocopie d'une pièce d'identité valide requise** (carte d'assurance maladie ou permis de conduire).

J'ai pris connaissance des conditions de l'entente et je m'engage à les respecter.

Signature du parent : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Témoin : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

Numéro GBM de l'appareil prêté : _____