

SOCIAL DEVELOPMENT
Health Services Program
P.O. Box 5500, Fredericton, N.B., E3B 5G4
Voice Mail Box: (506) 444-2780
Fax: (506) 453-3960



DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Programme des services de santé
C.P. 5500, Fredericton N.-B., E3B 5G4
Boite Vocale: (506) 444-2780
Télécopieur: (506) 453-3960

Equipment Acceptance Form

Client: _____

Make & model: _____

Serial Number: _____

This is to confirm that this equipment ordered for the above named client, has been received and it was supplied exactly as it was ordered.

If changes (not covered by warranty) are required as a result of the final fitting of the client in his/her mobility device, I will advise the supplier and Health Services immediately of the changes necessary and the reason(s) why.

Therapist's Name: _____

Therapist's signature: _____

Formulaire de réception pour l'équipement

Client (e): _____

Marque & Modèle: _____

Numéro de série: _____

Ceci est pour certifier que l'équipement demandé pour le (la) client (e) susmentionné(e), a été reçu et qu'il a été fourni exactement comme demandé.

Si des changements (non couvert par la garantie) sont requis à l'appareil de mobilité après l'évaluation finale de ce (cette) client (e), j'aviserais immédiatement le fournisseur et le Programme d'assistance médicale des changements nécessaires et la (les) raison (s) pourquoi.

Nom du Thérapeute: _____

Signature du Thérapeute: _____