



**DEMANDE D'AUTORISATION AU PROPRIÉTAIRE**  
**Programme de prêt d'équipement adapté et de mobilité**

**Référence**

**Date :** \_\_\_\_\_

Nom du client : \_\_\_\_\_

jj                      mm                      aa

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

**Madame, Monsieur,**

De l'équipement médical financé par les Services d'assistance santé du ministère du Développement social dans le cadre du Programme de prêt de matériel de mobilité et adapté a été prescrit à votre locataire (nom susmentionné).

L'équipement ci-dessous devra être installé de façon professionnelle par un technicien qualifié et tous les coûts associés à cette installation seront couverts par Développement social.

Type d'équipement		Lieu de l'installation
1.		
2.		
3.		
4.		

Le Ministère a besoin d'obtenir votre autorisation avant de procéder à l'installation de l'équipement à l'adresse donnée ci-dessus. Indiquez votre réponse en cochant la case voulue, puis datez et signez ce document. Veuillez ensuite l'envoyer au thérapeute prescripteur.

- J'autorise un technicien qualifié à installer cet équipement.
- J'autorise un technicien qualifié à installer cet équipement, mais je souhaite être présent lors de l'installation.
- Je n'autorise pas l'installation de cet équipement.

**Renseignements sur le propriétaire**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Coordonnées du thérapeute prescripteur**

Nom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_