

BULLETIN INSCRIPTION-RESERVATION SERVICE TRANSPORT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

NÉ/E LE : _____

C/O : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

LOCALITÉ : _____

TÉL. FIXE : _____

TÉL. PORTABLE : _____

Type de Soins : Chimio-Radiothérapie
 Dialyse
 Autre : _____

Lieu de Soins : _____

Médecin Traitant : _____

ADRESSE E-MAIL : _____

Mobilité : *marquer d'une croix*

En fauteuil roulant manuel ? Oui Non

Avez-vous besoin d'être transporté/e au moyen d'un véhicule transformé pour fauteuil roulant manuel ? Oui Non

Comment avez-vous entendu parler de nous ? *marquer d'une croix*

Hôpital : _____ Médecin : _____ Association : _____

Annonce publicitaire, dans quel journal : _____ Autre : _____

Traitement :

JOURS ET HEURES

	MATIN		APRES-MIDI	
	Heure arrivée	Heure départ	Heure arrivée	Heure départ
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				

En signant ce document, je m'engage à payer personnellement mes factures à la Fondation AGIR et confirme avoir pris connaissance des conditions générales du Club Transport AGIR et les accepter.

Signature

Fait à _____, le _____