

d) Installation – livraison de l’oxygène médical gazeux : attestation

.....(cachet du pharmacien) déclare que pour
..... (prénom et nom du bénéficiaire)
.....(N° NISS du bénéficiaire)

le (date)

les prestations suivantes ont été exécutées :

installation de l’oxygène gazeux et des accessoires par le pharmacien

installation

contrôle

information

livraison des accessoires par le pharmacien

Types d’accessoire	Montant de location / prix par unité	Nombre d’unités	Nombre de jours de location
.....
.....
.....
.....
.....

Signature :
Le pharmacien

Le bénéficiaire ou son représentant