



CONTRAT DE PRÊT D'UN TIRE-LAIT

| | | | |
|---|--|-------------------------|--|
| Marque et modèle du tire-lait | | | |
| N° d'inventaire | | | |
| Tire-lait propre et en bon état de fonctionnement (approuvé) | | | |
| Nom | | | |
| Adresse | | | |
| N° de téléphone (domicile) | | N° de cellulaire | |
| Autre contact | | | |

Je conviens par la présente que le tire-lait a été reçu dans l'état susmentionné. J'assume toute responsabilité pour l'entretien du tire-lait, qui appartient à Southern Health-Santé Sud. J'accepte de prendre connaissance de son mode d'emploi et de l'utiliser comme indiqué par l'infirmière de la santé publique ou de la sage-femme qui me l'a prêté.

J'accepte de renoncer à toute réclamation contre Southern Health-Santé Sud pour les dommages pouvant découler de l'utilisation du tire-lait.

J'accepte de retourner le tire-lait à l'endroit et à la date convenus ci-dessous.

Date

Signature de la cliente

| | | | |
|--|--|-------------|--|
| Adresse de retour | | | |
| Attention | | | |
| Date de retour du tire-lait | | | |
| Reçu par (signature) | | Date | |
| État du tire-lait au moment du retour | | | |