

Procuration

Je soussigné(e)

Nom (nom de jeune fille pour les femmes mariées):

Prénom(s):

Date et lieu de naissance:

Adresse:

Numéro de téléphone :

Email :

donne mandat à:

Nom (nom de jeune fille pour les femmes mariées):

Prénom(s):

Date et lieu de naissance:

Adresse:

pour récupérer en mon nom et pour mon compte le dispositif médical et ses accessoires (le cas échéant) suivants, à la boutique de Hospilux S.A. situé 1, rue des Chaux, L-5324 Contern :

Description du produit	Numéro de série
1. Pompe Nutricia Flocare Infinity	
2. Accessoires : ⇒ NUTR AC ADAPTER EU P. POMPE INFINITY T 40 ⇒ NUTR POLE CLAMP POUR INFINITY * T 40 *	

Fait à _____, le _____

Signature