



ATTESTATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e) docteur en médecine, certifie que l'état de

Monsieur* - Madame*

nécessite son transfert

urgent* - Non-urgent*

par ambulance* - par TPMP* (chaise roulante)

de.....

Vers

Ambulances
JOANNES-DOCQUIER
Zoning industriel de la Maladrerie
Rue de l'Avenir, 5 - 1370 JODOIGNE
010/810.900 - 010/81.26.92.

Cachet du médecin ou de l'infirmier(e)

Date et signature