



## Bon de réception – 23 au 30 mai 2020

### Orthoptiste

Je soussigné(e) (nom / prénom de l'ayant-droit) : .....

Code prestataire : .....

Adresse professionnelle : .....

Téléphone cabinet : .....

Certifie avoir reçu :

100 Masques chirurgicaux

de la réserve nationale.

Je m'engage à :

1. Être disponible pour assurer les prises en charge et soins aux patients ;
2. Utiliser ces masques exclusivement à des fins professionnelles, dans mon cabinet libéral, et dans le strict respect des recommandations émises par la Direction de la santé ;
3. Utiliser les masques de manière à pouvoir couvrir une période d'au moins de quatre semaines.

Date :

Signature et tampon du professionnel de santé  
ayant-droit :

Matériel réceptionné par .....