

DEMANDE DE SOUTIEN – FONDS D'URGENCE

Urgence médicament

Date : _____

BÉNÉFICIAIRE

Nom :	Date de naissance :
Situation financière	
<input type="checkbox"/> Aucun revenu	<input type="checkbox"/> En attente AS
<input type="checkbox"/> Revenu :	
Recours à d'autres fonds	
<input type="checkbox"/>	

INTERVENANT RÉFÉRENT

Nom :	Fonction :
Téléphone :	Courriel :

OBJET DE LA DEMANDE :

PHARMACIE

Nom : _____

Pharmacien : _____

Coût du médicament : _____

INFORMATIONS ADDITIONNELLES/COMMENTAIRES :

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

<input type="checkbox"/> Approuvé	Date :	
<input type="checkbox"/> Refusé	Montant :	Chèque :
Nom :		