

Centre hospitalier de Valenciennes

Service :

Nom du Médecin :

Nom du patient :

Prénom :

Date de naissance :

Je, soussigné(e) Madame ou Monsieur **XXX**, déclare avoir été dument informé que je dispose du libre choix de mon prestataire dans le cadre de la prescription de dispositifs médicaux ou de toute prestation associée, inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables visée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Par la présente, j'accepte et consens à être équipé par la société **XXX** *et reconnais avoir été informé qu'une partie des dépenses peut rester à ma charge en cas de remboursement partiel de l'assurance maladie.*

J'autorise par conséquent le Centre hospitalier de Valenciennes, à communiquer les informations concernant ma protection sociale à la dite société, aux fins de paiement.

Pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à,

Signature du patient

Le

Coordonnées de la société **XXX**: