

Année-mois-jour

Nom de la clinique :

Nom du podiatre :

Adresse :

Téléphone :

REÇU DE DÉTENTION D'UN BIEN

No. du reçu: XXX

Reçu émis au nom de: XXX

Coordonnées du patient :

No. de dossier: XXX

Date de réception du bien :

Description du bien reçu : XXX

Fin de réception du bien : XXX

*Signature*

Nom du signataire (podiatre ou personne autorisée)