

## BULLETIN INSCRIPTION-RESERVATION SERVICE TRANSPORT

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**NE(E) LE :** \_\_\_\_\_

**C/O :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**CODE POSTAL :** \_\_\_\_\_

**LIEU :** \_\_\_\_\_

**COURRIEL :** \_\_\_\_\_

**TÉL PRIVÉ :** \_\_\_\_\_

**Type de Soins :**  Dialyse  
 Chimio-Radiothérapie  
 Autres : \_\_\_\_\_

**Lieu de Soins :**  HUG  
 La Tour  HOGER  
 Onex  MV Santé Dialyse  
 Autres : \_\_\_\_\_

**Médecin Traitant :** \_\_\_\_\_

**PORTABLE :** \_\_\_\_\_

**Je bénéficie des prestations sociales suivantes :** *marquer d'une croix*

**SPC :** N° \_\_\_\_\_

Personne de

Référence : \_\_\_\_\_

**Hospice Général :** N° \_\_\_\_\_

**AVS / AI :** N° \_\_\_\_\_

Personne de

Référence : \_\_\_\_\_

Personne de Référence : \_\_\_\_\_

**Assurance maladie :** Caisse : \_\_\_\_\_ N° assuré : \_\_\_\_\_

**Type d'assurance :** *marquer d'une croix*

Base

Complémentaire pour transport : \_\_\_\_\_

**Mobilité :** *marquer d'une croix*

Sans difficulté

Avec des cannes

À l'aide d'un appareil

En chaise roulante

*(indispensable de pouvoir faire le transfert entre la chaise et le véhicule)*

**Comment avez-vous entendu parler de nous ?** *marquer d'une croix*

Hôpital : \_\_\_\_\_  Médecin : \_\_\_\_\_  Association : \_\_\_\_\_

Annonce publicitaire, dans quel journal : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_

**Traitement :**

Jour et heure

	MATIN		APRES-MIDI	
	Heure arrivée	Heure départ	Heure arrivée	Heure départ
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales du Club Transport AGIR en annexe et les accepter.

Fait à ..... le.....

Signature

.....