

Termo de responsabilidade pelo empréstimo de aparelho

Equipamento: ALICE PDX-PHILIPS RESPIRONICS

Nome do paciente: _____

Data do exame: ____ / ____ / ____

Data da devolução: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Telefones para contato: _____

Declaro receber o equipamento funcionando e assumir total responsabilidade por extravio ou danos verificados após a retirada do equipamento; neste caso, providenciarei o reparo ou a reposição do item emprestado em até 30 dias a contar da data de devolução.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Marcação do exame e dúvidas:

 (21) 99522-2242

 sleepmedicario@gmail.com