

5. Professionnel de santé:

Nom: _____ Prénom: _____

Téléphone: _____ Poste: _____

Télécopieur: _____

Occupation: _____ Lieu de travail: _____

Adresse de travail: _____

Courriel: _____

Recommandation (ou joindre une copie de la lettre):

Je certifie que cet équipement ou service ne peut être comblé par un organisme publique

6. Questionnaire:

1. Quelle sera la fréquence d'utilisation de cet équipement ou service?

Rarement 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout le temps

2. Quel sera l'impact sur votre qualité de vie?

Minime 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Important

3. Quel sera l'impact sur votre qualité de vie ?

Minime 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Important

4.- Quel sera l'impact sur votre qualité de vie physique?

Minime 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Important

5. Est-ce votre première demande? Date de la dernière demande

Oui

Non Nombre de demandes faites auparavant:

5- Selon vous, quel est l'urgence du besoin de cet équipement ou service?

Non urgent 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Urgent

7. Conditions:

En signant ce formulaire, vous permettez à Ataxia Canada d'utiliser vos informations (photo, nom et lettre de motivation uniquement) sur sa plateforme de collecte de fonds.

En signant ce formulaire, vous comprenez qu'Ataxia Canada n'a aucune responsabilité vis-à-vis de l'équipement ou du service demandé et n'est pas un spécialiste des soins de santé.

Vous comprenez qu'Ataxia Canada ne peut pas prendre en charge tous les projets, mais ils seront tous évalués et considérés équitablement.

Nom: _____

Signature: _____ Date: (AAAA-JJ-MM) _____

Nom du représentant: _____

Signature: _____ Date: (AAAA-JJ-MM) _____