



SOLICITUD DE PROPUESTA PARA PRÉSTAMO DE CAMA ARTICULADA

PACIENTE:

| | |
|---------------------|-------------|
| Nombre y apellidos: | |
| DNI: | Teléfono: |
| Domicilio: | |
| Población: | |
| Servicio: | Habitación: |

SOLICITANTE:

| | |
|---------------------|-----------|
| Nombre y apellidos: | |
| DNI: | Teléfono: |
| Domicilio: | |
| Población: | |

SOLICITO, el préstamo de una cama articulada, adquiriendo el solicitante el compromiso de recogerla y devolverla por su cuenta, cuando la situación no requiera su utilización, al Hospital de Llerena.

En _____ a fecha ____ / ____ / ____

SOLICITANTE

TRABAJADOR/A SOCIAL

Fdo: _____

Fdo: _____