



NOM Prénom.....
Adresse.....
.....
.....
Tél.....

Je reconnais avoir reçu de la bibliothèque des Hôpitaux un lecteur de CD
EtCD
que je m'engage à restituer avant de quitter l'hôpital

Date

Signature

Tel 04 72 11 77 68 – abhlyon69@gmail.com www.abhlyon.fr



NOM Prénom.....
Adresse.....
.....
.....
Tél.....

Je reconnais avoir reçu de la bibliothèque des Hôpitaux un lecteur de CD
EtCD
que je m'engage à restituer avant de quitter l'hôpital

Date

Signature

Tel 04 72 11 77 68 – abhlyon69@gmail.com www.abhlyon.fr