CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE

ANNEXE 6

ATTESTATION DE VERIFICATION DU TELEVISEUR

J'atteste que le téléviseur de «TITRE» «NOM» «PRENOM»,

de marque …….

résidant à l'EHPAD du Centre Hospitalier de La Châtre,

vérifié le ……est en bon état de fonctionnement.

Date …….

Nom et cachet de l'installateur agréé

Je, soussigné*(e)* «TITRE» «NOM» «PRENOM»

m'engage à faire assurer la maintenance de mon téléviseur en bon état de fonctionnement afin d'éviter tout risque d'implosion.

Des justificatifs devront être produits en cas d'accident.

Date ……

Signature :

La personne accueillie ou son représentant