

DEMANDE DE CONCENTRATEUR D'OXYGÈNE

Nom du passager : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Numéro de réservation : _____

Vol de départ

Date : _____ Numéro de vol : _____ Destination : _____

Vol de retour

Date : _____ Numéro de vol : _____ Destination : _____

Nom du médecin : _____

Numéro de téléphone : _____

*** Le médecin doit inclure que la condition du passager est stable et qu'il peut voyager.**

Commentaires :

Détails de la prescription :

Sur demande : _____ (4 litres par minute seulement)

Nasal : _____ OU Masque facial : _____

Signature du médecin : _____

Coût du service : 150.00\$ Cad par segment / non remboursable

VISA MC AMEX Coût total : _____

de CC _____ Expiration : _____

Nom du détenteur : _____ Signature : _____

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce document et nous le retourner dûment signé par votre médecin et nous le faire parvenir par télécopieur incluant votre paiement : 514.807.8563. Ce document doit être reçu à nos bureaux au moins 1 semaine avant le départ. Les demandes de moins de 1 semaine pourront être refusées. Pour le moment, nous ne pouvons accéder aux demandes d'oxygène pour les enfants de moins de 8 ans. De plus, si l'oxygène est requis à destination, le passager doit en faire les arrangements nécessaires auprès de son fournisseur personnel; **nos concentrateurs à oxygène ne peuvent être transportés hors de nos appareils**. Pour toutes questions, nous vous prions de bien vouloir communiquer avec notre département du Service à la Clientèle au : 1-866-722-8066 à l'extension : 4098

RÉSERVÉ AU PERSONNEL INTERNE

Remarks _____

Airline Acctg _____

Maint/OPS _____

Flight Brief/Memo _____