

## Déclaration de perte de revenus

Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants (PRDDV)

Ce formulaire doit être rempli en lettres majuscules par le centre de transplantation.

Nom donneur : \_\_\_\_\_

Prénom du donneur : \_\_\_\_\_

Date de naissance du donneur : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
aaaa mm jj

Numéro d'assurance maladie du donneur : \_\_\_\_\_

Nom du centre de transplantation : \_\_\_\_\_

Date de la chirurgie : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Rein       Foie   
aaaa mm jj

À mon avis, le donneur identifié ci-haut ne pourra reprendre son travail avant le: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
aaaa mm jj

Commentaires :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nom du chirurgien ou du coordonnateur de  
transplantation)

(Lettres majuscules)

\_\_\_\_\_  
(Signature du chirurgien ou du coordonnateur  
de transplantation)

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
aaaa mm jj