

--	--

# CERTIFICAT MÉDICAL DE TRANSFERT

Je soussigné Docteur .....

Certifie que l'état de santé de M.....

Agé(e) de..... hospitalisé(e) depuis le.....

Demeurant.....

N° de Sécurité Sociale.....

*nécessite un séjour de 5 SEMAINES*

**AU CENTRE ALCOOLOGIQUE ALPHA – 21 AVENUE DE PARIS – B.P. 80536 – 17211 ROYAN CEDEX**

[www.centre-alcoologique-alpha.com](http://www.centre-alcoologique-alpha.com)

[centre-alcoologique-alpha@centre\\_alpha.fr](mailto:centre-alcoologique-alpha@centre_alpha.fr)

ETABLISSEMENT CONVENTIONNÉ – N° D'IDENTIFICATION DOMI: 170781199 – CATÉGORIE: 108 – STATUT JURIDIQUE: 30 – DMT: 214 – MT: 03

Fait le.....

*Signature du Médecin Prescripteur,*

*Cet exemplaire sera adressé à votre Centre de Sécurité Sociale le jour d'admission dans notre établissement, en vue d'obtenir une PRISE EN CHARGE DE TRANSFERT (Réf. 614 ou 212 de 5 semaines).*