Acuerdo de Usuario Para el Equipo de Amamantamiento

Entiendo que soy provisto de	porque:
	ha explicado a mí y entiendo completamente las instrucciones. El al también ha sido explicado a mí y me ha dado por escrito las ada cómo configurar y limpiar el extractor de leche.
Entiendo y acepto que este servicio es proporcionad que esta agencia WIC no es un distribuidor en este ti	o de para promover y apoyar la amamantar y po de producto.
leche. Entiendo que es mi responsabilidad devolver	ctando me regularmente con respecto al uso de esto extractor de llamadas de teléfono de la clínica y actualización de la clínica en ión de los costos puede ocasionar para devolver el extractor de evolución.
condición buena y limpia y condición de trabajo a la	cuario, entiendo que debo regresar el extractor de leche en clínica WIC por el regreso acordados per feche de, o dentro e que debe devolver el extractor de leche. Volveré el extractor de le las siguientes condiciones.
 No hay ninguna necesidad del extractor de le personal. Yo deje de amamantar mi bebe. Dejar de participar en el	de leche. de lactancia WIC.
Entiendo que si lo no hago retorno el extractor de le financiera igual al valor del extractor de leche.	che o si vuelvo que lo dañado, puedo ser sujeto a una multa
Si he recibido un extractor de leche eléctrico usuario propiedad y será no cedido o vendido a otra persona	único, entiendo que este equipo es para mí uso, ahora es de mi a.
Además acepto no hacer cualquier reclamo contra _ o cualquier empleado o age de la utilización de la anterior denominado equipo d	el Programa WIC, Programa de WIC de encia conectado con este programa por los daños o gastos derivados e amamantamiento siempre.
He leído lo anterior antes de firmar, entiendo el cont	zenido y recibirá una copia de este acuerdo.
Fecha:	Número de Identificación de Cliente:
	Número de Teléfono del Cliente:
Dirección de correo electrónico:	
Números de teléfono celular o trabajo de cliente adi	
Nombre del Relativo/Amigo y número de teléfono: _	
Firma de Cliente:	
Nombre de la Clínica: Dirección de la Clínica:	Nombre del Proveedor de Personal: