

FORM 19**FORMULE 19****MEMORANDUM OF TRANSFER**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.25(1))*

Upon the advice of _____, the
(Name of
Attending Psychiatrist)
 attending psychiatrist of _____, I,
(Name of Patient)
 _____, administrator of
(Name of Administrator)
 _____, hereby transfer the patient
(Name of Psychiatric Facility)
 to _____, arrangements
(Name of Other Psychiatric Facility)
 having been made with the administrator of that
 psychiatric facility.

Dated this ___ day of _____, 19__.

 Signature of Administrator

NOTE DE TRANSFERT

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.25(1))*

Sur la recommandation de _____,
(nom du psychiatre traitant)
 psychiatre traitant de _____
(nom du malade)
 je soussigné(e) _____, administrateur
(nom de l'administrateur)
 de _____ autorise par les
(nom de l'établissement psychiatrique)
 présentes le transfert du malade à _____,
(nom de l'autre
établissement psychiatrique)
 des arrangements ayant été passés avec l'adminis-
 trateur de cet établissement psychiatrique.

Fait le _____ 19__.

 Signature de l'administrateur