

Retrait d'un dossier patient - Procuration

FORMULAIRE DE PROCURATION

Vous ne pouvez pas vous déplacer

La personne de votre choix peut retirer les copies de votre dossier patient.

Pour cela, merci de bien vouloir compléter ce document.

Je soussigné (e)

Madame

Monsieur

NOM usuel : _____ NOM de naissance : _____

Date de naissance : ____/____/____

Prénom : _____

Autorise (personne majeure et non sous tutelle)

Madame

Monsieur

NOM usuel : _____ NOM de naissance : _____

Prénom : _____

A retirer les copies de mon dossier médical à ma place.

Le : ____/____/____

Signature :

Confier ce présent document, ainsi que votre pièce d'identité, à la personne missionnée, qui devra les présenter au secrétariat concerné, avec sa propre pièce d'identité