

VOUS NE POUVEZ PAS VOUS DÉPLACER

Une personne de votre choix peut retirer la copie de votre dossier médical.

Pour cela, merci de bien vouloir compléter ce formulaire de procuration

Je soussigné (e) Madame Monsieur

Nom usuel : _____ Nom 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.

Date : ____/____/____

Signature obligatoire :

Confier ce présent document, ainsi que votre pièce d'identité, à votre représentant (e) ou la personne de votre choix, qui devra les présenter au secrétariat concerné, avec sa propre pièce d'identité