

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL_MANDAT

Je soussigné(e) M., Mme, Melle (*rayez la mention inutile*)

Nom

Prénom

Adresse

.....

➔ Joindre pièce justificative d'identité (*mandant*)

Autorise M., Mme, Melle (*rayez la mention inutile*)

Nom

Prénom

Adresse

.....

➔ Joindre pièce justificative d'identité (*mandataire*)

A être destinataire d'une copie de mon dossier médical

Fait à

Le / /

Signature du mandant :