

COMMUNICATION DES DOSSIERS MEDICAUX

Centre Hospitalier Emile ROUX

43012 LE PUY EN VELAY

AUTORISATION DE RETRAIT DE DOSSIER MEDICAL

A _____ , le _____

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur,
autorise, Madame, Monsieur,..... à récupérer les
photocopies de mon dossier médical au service

COMMUNICATION DES DOSSIERS MEDICAUX

- Pavillon B (dernier étage)

Signature

PS : joindre votre pièce d'identité